Forum
UN
CHSLD
DES MILIEUX
DE VIE

106-04577/

Cadre de référence

Présentation – Raymond Minger

3 Présentation – Diane Lauzier

4 Présentation – Anne Beauchamp

5 Présentation – Debora Andriuk

6 Présentation – Bernard Fournelle

7 Résultats de la consultation

8 Approche par compétence

9 Présentation-M.-Hélène Tétreault

Gestion du changement

REGROUPEMENT DES CHSLD ET DES CLSC DE LA MONTÉRÉGIE

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE

« UN CHSLD : des milieux de vie »

Cadre de référence

Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

DOCUMENT DE TRAVAIL

Mars 2001

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. PHILOSOPHIE ET MODÈLE D'INTERVENTION 6
1.1 Mission légale 6
1.2 Philosophie d'accompagnement et d'intervention 7
1.3 Concept milieu de vie 8
1.4 Modèle d'intervention 9
1.5 Approche 11

2. PROGRAMMATION EN CHSLD 12
2.1 La clientèle en CHSLD 13
2.2 Les cibles d'intervention 15
2.3 Les interventions 16
2.4 Les ressources humaines 18
2.5 L'environnement 20

3. LA PROGRAMMATION PAR CLIENTÈLE 23
3.1 La programmation pour clientèle atteinte de démence 25
3.1.1 La problématique 25
3.1.2 Le profil de la clientèle 26
3.1.3 Les cibles d'intervention 28
3.1.4 Les interventions 29
3.1.5 Les ressources humaines 31
3.1.6 L'environnement 34
3.2 La programmation pour clientèle atteinte de troubles mentaux 36
3.2.1 La problématique 36
3.2.2 Le profil de la clientèle 37
3.2.3 Les cibles d'intervention 39
3.2.4 Les interventions 40
3.2.5 Les ressources humaines 41
3.2.6 L'environnement 43
3.3 La programmation pour clientèle présentant une déficience physique 44
3.3.1 La problématique 44
3.3.2 Le profil de la clientèle 46
3.3.3 Les cibles d'intervention 48
3.3.4 Les interventions 49
3.3.5 Les ressources humaines 50
3.3.6 L'environnement 52

3.4 La programmation pour clientèle présentant une déficience intellectuelle 55
3.4.1 La problématique 55
3.4.2 Le profil de la clientèle 56
3.4.3 Les cibles d'intervention 60
3.4.4 Les interventions 61
3.4.5 Les ressources humaines 62
3.4.6 L'environnement 64

3.5 La programmation pour clientèle nécessitant des soins de confort 66
3.5.1 La problématique 66
3.5.2 Le profil de la clientèle 66
3.5.3 Les cibles d'intervention 68
3.5.4 Les interventions 70
3.5.5 Les ressources humaines 72
3.5.6 L'environnement 74

4. LES LIMITES ET LES DÉFIS 76
4.1 Les limites de la démarche 76
4.2 Les défis 79
4.2.1 Les défis liés à la qualité de l'intervention 79
4.2.2 Défis reliés à l'expertise des CHSLD 81

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES 83

ANNEXE 1 INVENTAIRE DES CLIENTÈLES 84
ANNEXE 2 LISTE DES COLLABORATEURS 85

INTRODUCTION

L'identification d'un besoin

Au cours des dernières années, le réseau des CHSLD publics et privés conventionnés a connu une profonde mutation relevant d'une part des restrictions budgétaires et d'autre part, de l'évolution des profils et de la variété des clientèles qui y sont accueillies.

L'évolution du système de santé des dernières années qui s'est réalisée dans un contexte de compressions budgétaires majeures a eu plusieurs effets sur l'offre de services, dont :

- la tendance des établissements de santé et de services sociaux de Montréal à retourner la clientèle montérégienne vers la Montérégie
- les courants de désinstitutionnalisation dans plusieurs secteurs (déficience intellectuelle, santé mentale)
- la volonté des établissements de courte durée (CH) de diminuer les durées de séjour et d'éliminer les débordements à l'urgence
- la demande faite aux CLSC d'offrir plus de services favorisant le maintien à domicile le plus longtemps possible
- le manque de ressources en santé mentale pour développer un réseau de services dans la communauté
- la difficulté à développer un réseau de services intégrés en déficience physique avec services d'hébergement.

Ces effets n'ont pas été sans répercussions sur les demandes d'admission en CHSLD. En effet, les pressions ont été fortes pour qu'ils admettent de jeunes adultes et parfois même des enfants présentant une déficience physique, des personnes atteintes de troubles mentaux, des personnes présentant une déficience intellectuelle, etc.

Une étude portant sur l'inventaire des clientèles hébergées dans les CHSLD[1] de la Montérégie, finalisée en juin 1999, a permis de constater que 65% des personnes hébergées sont des clientèles «particulières», i.e. pour lesquelles la programmation actuelle n'est pas ou peu adaptée.

Par ailleurs, la clientèle dite traditionnelle, soit les personnes âgées en perte d'autonomie, est admise à un âge encore plus avancé, en plus lourde perte d'autonomie et présentant de multiples problèmes de santé physique ou de nombreux déficits cognitifs. De plus, quand elle nécessite des soins aigus, le séjour en CHCD est court et les CHSLD doivent assurer les soins subaigus au retour.

[1] Comité conjoint RRSSSM et Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie, Inventaire des clientèles particulières en Montérégie - juin 1999

Ceci nous amène à constater une complexité et une diversité grandissante des problématiques auxquelles font face les CHSLD et ce, dans un contexte où les compressions budgétaires ont eu aussi des effets sur les CHSLD :

- les ressources humaines sont épuisées, leur nombre et l'éventail des disciplines ont diminué, notamment chez les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux, en même temps que les besoins de la clientèle augmentaient. De plus, les ressources humaines en place sont parfois peu habilitées à répondre aux besoins des nouvelles clientèles;
- le taux de réponse aux besoins de la clientèle est en moyenne de 65% et ce, pour les besoins de santé et d'assistance seulement. Si l'on tenait compte de l'ensemble des besoins, le taux de réponse moyen serait beaucoup plus bas;
- les immobilisations sont parfois vétustes et peu adaptées aux nouvelles clientèles. À ce sujet, le MSSS publiait en 1997 un **nouveau guide d'aménagement des CHSLD**[2] dans lequel les recommandations architecturales s'appuient sur un concept de «milieu de vie». Il a récemment constitué un comité aviseur sur l'organisation et la dispensation des services d'hébergement en CHSLD.

La situation de la Montérégie est d'autant plus précaire qu'on y dénote un manque flagrant de places. En effet, le ratio actuel est de 3.46 places par 100 personnes âgées. Le ratio établi au niveau provincial est de 3.5 à 4.2 places par 100 personnes âgées. Si on considère que plus de 10% des places sont occupées par une clientèle de moins de 65 ans, le ratio en Montérégie baisse à 3.10. Ce manque de places a également ouvert la porte au développement du réseau privé d'hébergement avec environ 11 000 ressources en privé comparativement à près de 5 000 dans le réseau public.

Par contre, de ces années difficiles ont émergé des projets novateurs qui ont suscité la réflexion sur :

- des alternatives à l'hébergement institutionnel
- la création d'un nouveau type d'aménagement
- l'élaboration de programmes adaptés
- la réorganisation du travail.

Accueillant aujourd'hui une clientèle non homogène, présentant des besoins dont la nature et l'intensité laissent voir une grande diversité, le défi des CHSLD est d'offrir une réponse tout aussi diversifiée, tout en maintenant leur objectif d'offrir un véritable milieu de vie de qualité. Or, ce défi est de taille, considérant l'état actuel de leurs ressources.

[2] MSSS (1997) Guide d'aménagement des CHSLD, Québec

Selon l'ACCQ[3], « la plus grande diversité des clientèles appelle une nouvelle définition de l'hébergement... Cela suppose la mise en place de nouvelles réponses tant au plan architectural, clinique, qu'administratif et une plus grande perméabilité aux besoins des personnes dans la communauté ».

En ce sens, et dans un souci constant d'offrir les meilleurs services possibles dans un milieu de vie de qualité, les CHSLD se questionnent :

- Qu'est-ce qu'un milieu de vie dans un contexte d'hébergement?
- Quelle est l'approche à adopter?
- Quels sont les besoins des clientèles?
- Quels sont les soins et les services à rendre?
- Quelles sont les adaptations matérielles et de main d'oeuvre à apporter pour être à la hauteur?
- Quels moyens utiliser pour y arriver?

Une démarche proposée

Ces questionnements interpellent l'ensemble des intervenants. Plusieurs échanges ont déjà eu lieu et ont permis de faire consensus sur l'idée qu'il faut se doter d'orientations claires afin de se donner les moyens de répondre adéquatement aux besoins variés des clientèles.

Pour réussir une telle démarche, le Regroupement des CHSLD et CLSC de la Montérégie ainsi que la Régie régionale ont décidé d'unir leurs efforts.

La proposition d'une démarche concertée a été présentée à un comité de validation, puis acheminée à la Table des directeurs généraux du Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie. À la suite de leur acceptation, elle fut présentée à différentes tables du Regroupement et de la Régie régionale (différentes directions, comité de direction) pour obtenir leur collaboration. La Régie régionale a ensuite dégagé une personne à temps plein pour coordonner l'ensemble du processus de réflexion.

La première étape de la démarche a consisté en la production d'un cadre de référence intégrant les trois éléments suivants :

- Une philosophie d'intervention

Dans le cadre de la réflexion sur une philosophie qui guiderait l'intervention sur le plan régional, un relevé de littérature a tout d'abord été effectué.

[3] ACCQ, (1999) Mémoire - Pour les milieux de vie et de soins de qualité en CHSLD, p. 5

En parallèle, des journées de réflexion ont été organisées afin de susciter l'échange quant à la philosophie d'intervention auprès de la clientèle hébergée pour en arriver à une vision commune et déboucher sur des principes d'opérationnalisation.

Ces journées de réflexion s'adressaient d'abord aux directeurs généraux et aux présidants des conseils d'administration des CHSLD publics et privés conventionnés, puis aux personnes qui allaient travailler à l'élaboration des programmations clientèle. Ces journées ont connu un grand succès et, à la demande générale, nous avons ajouté 5 autres rencontres aux 2 initialement prévues. Nous avons ainsi rejoint près de 600 personnes.

- Une définition de l'hébergement de longue durée

Pour arriver à cerner l'ensemble de la problématique de l'hébergement de longue durée, il fallait procéder à :

- l'identification des clientèles
- la mise en place de comités par clientèle type (comités clientèle)
- la définition de la programmation pour chacune des clientèles en dégageant
  - ⇒ le profil de la clientèle ciblée
  - ⇒ les interventions appropriées
  - ⇒ les ressources humaines et les compétences-clés
  - ⇒ l'aménagement et les équipements adaptés
  - ⇒ le type d'hébergement suggéré.

- Des moyens d'action à suggérer

Nous en sommes maintenant rendus à l'étape de trouver des moyens d'action adéquats pour actualiser la philosophie d'intervention proposée.

Pour y arriver, les impacts du choix d'une philosophie d'intervention et d'une programmation par clientèle sur la gestion des ressources humaines, des immobilisations et sur la gestion budgétaire devront être énoncés. Les établissements devront être interpellés pour suggérer des moyens concrets à mettre en application localement et régionalement.

Un des outils suggérés pour y arriver est la tenue d'un forum.

Vers un forum « Un CHSLD : des milieux de vie »

Le thème du forum vient souligner l'existence **des** divers milieux de vie qui sont offerts à la personne hébergée. Il tient également compte de l'intensité des services requis selon les diverses problématiques de la personne.

Objectifs du forum :

1. Présenter aux intervenants du réseau des CHSLD:

- un cadre de référence sur les programmations et services en CHSLD en vue de l'enrichir et le parfaire
- une philosophie d'intervention
- des moyens d'action.

2. Solliciter la contribution des intervenants du réseau des CHSLD pour :

- mettre en priorité les actions et les répartir en termes de responsabilité et d'échéancier.
- établir les grandes lignes d'un plan d'action local et régional.

C'est à cette fin que le forum préparé conjointement par le Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie se tient les 28, 29 et 30 mars 2001.

Le mandat devant mener à la réalisation du forum était important et comportait plusieurs volets. Le travail effectué, en peu de temps (6 mois), est majeur et fondamental. Il n'est toutefois pas terminé - le vrai travail commencera après le forum.

Le fait d'enclencher une démarche de réflexion de cet ordre a laissé les gens sur leur appétit, cela a créé des attentes chez certains, soulevé des résistances chez d'autres ; c'est tant mieux - le processus de changement est en place, il faut maintenant le gérer.

Ce travail de réflexion n'aurait pu se faire sans la collaboration de tous :

- **les établissements qui ont accepté avec enthousiasme** de :
  - désigner des personnes sur les comités de travail sur les ressources humaines, les clientèles et sur le comité organisateur
  - participer aux journées de réflexion (près de 600 personnes)
  - amorcer le questionnement dans leur CHSLD
- **le regroupement des CHSLD-CLSC** qui a bien accepté de participer en ouvrant l'une et l'autre de ses tables afin que nous puissions présenter, valider, sonder ;
- **la Régie régionale** qui, par l'entremise de plusieurs de ses directions, a investi temps, ressources, expertise et argent.

1. PHILOSOPHIE ET MODÈLE D'INTERVENTION

Les CHSLD de la Montérégie se questionnent sur l'approche à préconiser. Leur réflexion, au niveau national, a déjà mené à un consensus quant à la nécessité de mettre en oeuvre une approche globale qui favorise l'autonomie des personnes hébergées et qui compte sur la synergie des équipes cliniques et des bénévoles pour y parvenir[4]. Les familles des proches et les partenaires (communauté, référents...) doivent aussi être mis à contribution.

Nous sommes tous conscients qu'au-delà d'installations bien aménagées, d'une gamme d'activités bien organisées et animées par une brochette de professionnels, la **qualité de vie des résidants repose davantage sur la relation qui s'établit avec chacun d'eux**. Cette relation avec les résidants doit s'appuyer sur une communication adaptée et par delà, sur le respect de ce qu'ils sont, leurs habitudes, leurs valeurs, leur rythme et sur l'estime d'eux-mêmes.

On favorise le maintien de cette estime en misant sur leur potentiel, en favorisant leur autonomie au-delà de leurs signes de dépendance et en valorisant leurs droits et libertés.

Nous essaierons dans ce qui suit, de mieux définir **la philosophie d'intervention** et **le concept milieu de vie, le modèle d'intervention** qui en découle et **l'approche à privilégier**.

1.1 MISSION LÉGALE

La Loi sur les services de santé et les services sociaux confère une double vocation aux CHSLD, soit celle d'experts de l'hébergement, voire du milieu de vie substitut et celle de partenaires du maintien à domicile.

Selon l'article 83 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

> « La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.
>
> À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations.
>
> La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour. »[5]

---

[4] ACCQ (nov 99). Mémoire «Pour des milieux de vie et de soins de qualité en CHSLD»

[5] Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. L.R.Q. c. S-4.2. Article 83

À cette mission, s'ajoutent des responsabilités à l'égard des ressources intermédiaires et familiales telles que précisées dans les articles 301, 302, 305, 310 et 311 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

1.2 PHILOSOPHIE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INTERVENTION

Toute personne vivant en CHSLD est avant tout une personne qui a des capacités et des besoins bio-psychosociaux individuels. Il s'agit d'une personne de droit, à part entière, malgré les signes de dépendance ou de vieillissement qu'elle peut démontrer, qui exerce un rôle social et fait partie d'une famille et d'une communauté.

Adhérer à une philosophie d'accompagnement et d'intervention implique l'adoption de valeurs communes qui résultent de prises de conscience individuelles et collectives. En effet, nos conceptions de la personne, de la vie, du vieillissement et de l'autonomie influencent notre façon de percevoir les capacités et les besoins de la personne hébergée. De là découlent également les décisions, les interventions ainsi que les caractéristiques de l'environnement humain, social et physique que nous mettons en place avec elle et sa famille dans le quotidien. De façon significative, chacune de nos paroles et de nos gestes révèle notre considération à l'égard de la personne et de son rôle social.

Ainsi, la relation avec la personne hébergée, sa famille et ses proches se situe au cœur de l'organisation et de l'animation du CHSLD en tant que milieu de vie. Cette relation en est une d'accompagnement, d'écoute, de soutien, de partage d'information et de valorisation de l'autonomie de la personne.

Le projet de vie et le cadre de vie proposés à la personne hébergée et à sa famille s'appuient sur des valeurs humaines telles que le respect de la personne, de son intégrité, de sa dignité ainsi que sur la valorisation de ses droits, de ses libertés et de ses obligations.

L'actualisation d'une philosophie d'intervention implique une démarche de réflexion collective à l'intérieur de chacun des CHSLD. Cela se traduit par l'engagement de toutes les personnes concernées (personnes hébergées, familles, proches, bénévoles et intervenants) à respecter un code d'éthique balisant la qualité des relations interpersonnelles et par l'adoption d'un modèle d'intervention respectueux des valeurs préconisées à l'égard des clientèles.

L'adoption d'une philosophie d'intervention ou d'accompagnement implique des remises en question de nos conceptions, de nos pratiques, de nos connaissances et compétences et ce, au quotidien.

1.3 CONCEPT MILIEU DE VIE

L'Association des CLSC et des CHSLD a défini le concept milieu de vie de la façon suivante :

« Les CHSLD offrent aux personnes un véritable milieu de vie qui, sans prétendre remplacer leur ancien chez-soi, leur assure non seulement le gîte et le couvert, mais un milieu de soins adaptés à leurs besoins, un sentiment de sécurité et les stimule à maintenir des liens familiaux et une ouverture sur le monde extérieur. »[6] Bien que se substituant à leur domicile, le milieu de vie offert par les CHSLD doit permettre aux personnes hébergées d'y retrouver une forme de vie adaptée à leurs valeurs, dans un lieu physique et social ressemblant le plus possible à leur milieu naturel.[7]

De plus, « la plus grande diversité des clientèles appelle une nouvelle conception de l'hébergement à la fois milieu de soins, milieu de passage et milieu de vie ouvert sur la communauté. Cela suppose la mise en place de nouvelles réponses tant au plan architectural, clinique, qu'administratif et une plus grande perméabilité aux besoins des personnes dans la communauté. »[8]

Créer des milieux de vie qui accueillent des personnes aux besoins et aux situations de vie aussi diversifiés et favoriser chez elles l'exercice de leurs rôles sociaux propres à leur âge constituent un défi de taille. Ce défi nous amène à adopter des rôles d'accompagnement et d'intervention adaptés et à développer des connaissances, des spécialisations,[9] de nouveaux environnements, institutionnels ou non, ainsi que des programmations répondant aux clientèles distinctes.

Le CHSLD contribue à la qualité de vie des personnes qui y habitent lorsque le cadre de vie individuel et collectif qu'il propose tient compte des critères suivants :

- « être à l'écoute des besoins et ne pas tout décider à la place des personnes hébergées ou à la place de leur famille lorsque celles-ci présentent des pertes cognitives ou sont vulnérables
- tenir compte des dimensions affectives, sociales et spirituelles de la personne autant que de ses besoins physiques
- avoir une approche la plus personnelle et individualisée que possible, en voyant à ne pas multiplier les règles, les routines, les procédures inutiles (ex. : pas d'heures de visite fixes, pas d'heures de coucher obligatoires, etc.)

---

6 Association des CLSC et des CHSLD du Québec (1999). Mémoire - Pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée, p. 1

7 Institut universitaire de gériatrie de Montréal. (1998). « Un milieu de vie pour les aînés ».

8 idem

9 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). « L'exercice infirmier en soins de longue durée - Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie ».

- respecter l'exception au-delà de la standardisation
- favoriser la liberté, la spontanéité, l'imagination, l'intimité
- tolérer et respecter la différence, respecter la liberté et l'espace vital des uns et des autres
- organiser les lieux physiques de façon chaleureuse, à l'image le plus possible d'un « chez-soi »; accepter de requestionner régulièrement ses pratiques, ses façons de faire. »[10]

Un milieu de vie fait aussi partie d'une communauté et en ce sens, il ne constitue pas un milieu clos. Ce milieu se veut ouvert et il doit faciliter les déplacements de la personne vers ses amis ou ressources du quartier. De la même façon, il doit être facilement accessible aux proches résidant dans une communauté donnée.

1.4 Modèle d'intervention

La philosophie d'intervention et d'accompagnement centrée sur la personne tient compte de plusieurs modèles théoriques et utilise plusieurs techniques d'intervention selon les capacités et les besoins des personnes hébergées.

De plus, compte tenu de l'importance et de la diversité des besoins des personnes hébergées, la mise en œuvre d'une approche globale requiert toute la synergie interdisciplinaire des équipes d'intervenants et des bénévoles afin d'élaborer avec les personnes ou leur représentant un plan d'accompagnement et d'intervention reflétant l'ensemble de leurs besoins et de leurs choix de vie.

Par ailleurs, lorsqu'il s'agit de définir l'approche « milieu de vie », nous pouvons référer de façon plus explicite à l'approche d'intervention bio-psychosociale qui, dans une perspective de santé et de bien-être globale, met de l'avant les six aspects dominants suivants : [11]

- le maintien du système biologique de la personne et la restauration de l'autonomie fonctionnelle tenant compte du potentiel résiduel de chaque personne;
- l'humanisation des interventions
- la fonctionnalité des équipements
- l'Intégration de la personne à son environnement;
- la réponse adéquate aux besoins individuels
- la sauvegarde de l'intégrité de la personne.

---

[10] Association des CLSC et CHSLD du Québec. (novembre 1999). Mémoire « Pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée ».

[11] Bowker, L.H. (1982). « Humanizing institutions for the aged », Lexington : D.C. Health &Co.

Ceci exige un travail concerté en équipe interdisciplinaire dont les membres partagent les mêmes valeurs.

Ces aspects se traduisent concrètement dans les quatre dimensions suivantes d'un milieu de vie, soit :

- les relations sociales
- la programmation offerte;
- l'organisation physique des lieux
- les politiques et l'administration.[12]

Ces dimensions nous permettent d'élaborer des principes qui guident l'action au quotidien. En voici quelques-uns :

- favoriser une relation d'écoute et de véritable accompagnement qui respecte l'autonomie de la personne hébergée
- favoriser une communication respectueuse de l'appartenance ethno-culturelle de la personne
- impliquer activement l'entourage de la personne en continuité avec son passé et son projet de vie actuel
- permettre d'assumer des rôles sociaux compatibles avec ses goûts et son potentiel en favorisant la continuité avec son vécu antérieur, son orientation sexuelle, sa culture et ses croyances religieuses et spirituelles [13]
- mettre en place un plan d'accompagnement et d'intervention centré sur les capacités, besoins et objectifs personnels du résidant et favorisant le maintien du contrôle sur sa vie
- respecter le rythme des personnes
- au-delà des tâches quotidiennes, sensibiliser les intervenants et les bénévoles au fait que chacune des activités réalisées avec les personnes peut constituer une occasion d'accompagnement et d'apprentissage
- faire en sorte que les intervenants travaillant dans le milieu où vivent les personnes hébergées soient conscientes du fait que leurs attitudes, leurs comportements et leurs paroles expriment et traduisent en quelque sorte leurs valeurs
- sensibiliser les intervenants à l'importance des messages non verbaux véhiculés dans l'ensemble des gestes et des interventions du quotidien
- accorder une place importante aux activités de la vie quotidienne, aux loisirs et à la vie culturelle et spirituelle des personnes hébergées

[12] idem
[13] Charte des droits et libertés du Québec.

- adapter les soins de base et d'assistance et les considérer comme autant d'activités quotidiennes significatives pour les personnes hébergées qui y participent
- assurer à la personne une alimentation de qualité et des moments de repas qui respectent son rythme et ses capacités
- assurer un lieu d'intimité à la personne
- aménager des lieux collectifs significatifs pour des groupes de personnes hébergées.

1.5 APPROCHE

La philosophie d'intervention devrait placer la personne au centre de toute intervention et cela devrait se faire dans la perspective d'une relation d'aide respectueuse des droits. « **L'approche clinique à privilégier devra être globale, adaptée, positive, individualisée et favorisera la participation des proches.**

Approche globale
La personne hébergée est considérée dans sa totalité biologique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle.

Approche positive
La personne hébergée n'est pas définie uniquement à partir de ses incapacités ou de ses pertes fonctionnelles ; l'emphase est plutôt mise sur ses capacités et ses forces, et par la valorisation du potentiel personnel.

Approche adaptée
Les capacités et les besoins spécifiques de chacune des clientèles hébergées sont reconnues et des conditions favorables sont mises en place dans le but de répondre le plus adéquatement possible à ces besoins et maintenir le plus longtemps possible les capacités.

Approche individualisée
La personne hébergée est accompagnée... par des intervenants qui respectent ses droits, son intégrité, ses choix et ses habitudes de vie..., son rythme, ses capacités et son mode d'expression, sa culture...

Approche favorisant la participation des proches
Le maintien de l'interaction de la personne hébergée avec sa famille et ses proches est reconnue comme important et est facilité ».[14]

Le maintien de l'interaction des intervenants avec la famille et les proches des résidants est considéré comme important et poursuivi tout au long de l'hébergement pour faciliter l'individualisation des services. Leur implication est sollicitée dans les prises de décision.

[14] Adapté d'un document de travail du comité aviseur sur l'organisation et la dispensation des services en CHSLD, MSSS, février 2001

2. PROGRAMMATION EN CHSLD

Le processus d'élaboration d'un programme doit tenir compte d'une série de paramètres pour faire en sorte qu'une fois complété le programme ait toutes les caractéristiques nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle identifiée.

Pour élaborer la programmation par clientèle, nous avons retenu 5 paramètres et pour chacun d'eux les éléments suivants :

- la problématique ou le contexte :

  il est important de bien situer le contexte dans lequel évolue le CHSLD, ses partenaires, la provenance de la clientèle, son évolution...

- la clientèle visée, ses caractéristiques :

  le profil des clientèles a été établi en décrivant les trois aspects sur lesquels intervenir :
  - capacités
  - incapacités
  - handicaps

  et en spécifiant les critères d'inclusion et d'exclusion dans le programme; ceci nous permettant de maintenir une certaine homogénéité et harmonisation

- les cibles d'intervention pour :
  - maintenir les capacités ou développer le potentiel
  - compenser les incapacités
  - éliminer ou réduire les situations d'handicap

- les interventions à faire sur les plans :
  - biologique
  - psychologique
  - social

  pour atteindre les cibles d'intervention

- les ressources humaines :
  - les compétences-clés sur le plan du :
    - savoir (connaissances)
    - savoir-faire (habiletés, aptitudes)
    - savoir-être (attitude)
  - les catégories de personnel faisant partie de :
    - l'équipe de base
    - l'équipe élargie

- l'environnement :
  - les caractéristiques de l'aménagement
  - les équipements requis
  - le type d'hébergement et la localisation la plus adéquate en fonction des besoins et capacités.

La programmation générale en CHSLD

On trouvera dans les chapitres suivants la programmation spécifique adaptée à chacune des 5 clientèles. Une programmation de base s'appliquant à toute clientèle en CHSLD a pu être dégagée des travaux des comités. En voici les éléments.

2.1 LA CLIENTÈLE EN CHSLD

Il faut bien comprendre la clientèle et ses besoins si on veut s'outiller adéquatement pour y répondre et pour déterminer le niveau de ressources nécessaires.

Il y avait en date du 31 mars 2000, 4,963 personnes hébergées de façon permanente ou temporaire dans les CHSLD publics et privés conventionnés en Montérégie.

70% du total des personnes hébergées sont des femmes
35.3% ont plus de 85 ans
36.8% ont entre 75 et 84 ans
16.5% ont entre 65 ans et 74 ans
11.4% ont moins de 65 ans

L'analyse des admissions des cinq dernières années (avril 1995 à mars 2000) démontre que :

- près de 55% de la clientèle admise était atteinte de **démence** ; la proportion a augmenté de 21% dans les 5 dernières années
- moins de 2% de la clientèle admise présentait une **déficience intellectuelle** ; la proportion a augmenté de 19% dans les 5 dernières années
- plus de 11% de la clientèle admise présentait des **incapacités motrices graves** ; la proportion a augmenté de 38% dans les 5 dernières années
- plus de 5% de la clientèle admise était atteinte de **troubles mentaux** ; la proportion a augmenté de 9% dans les 5 dernières années.

Les admissions de ces quatre clientèles démontrent une progression constante.

Les principales caractéristiques générales de la clientèle en CHSLD sont les suivantes :

- **Les capacités :**

  On parle ici du potentiel d'adaptation ou de réadaptation de la personne sur le plan physique, moteur, sensoriel et psychosocial qu'il faut chercher par tous les moyens à optimiser afin de maintenir l'autonomie et l'indépendance fonctionnelle.

Toute personne est compétente et responsable et cherche à satisfaire ses besoins d'estime de soi et d'appartenance. Il faut savoir respecter cette compétence et éviter d'induire la dépendance physique et psychologique.

Définition de l'autonomie et de l'indépendance :

- autonomie désigne les compétences mentales (ainsi l'autonomie psychologique se définit comme la volonté d'un individu d'exercer lui-même son pouvoir d'agir en tenant compte de sa dynamique, ses connaissances, son intégration sociale)
- indépendance (vs dépendance) qualifie les habiletés physiques à exécuter des tâches simples ou complexes.

Parmi les capacités, on retrouve :

- les capacités mentales, intellectuelles
- les capacités motrices, sensorielles, perceptuelles
- la mémoire affective, procédurale
- les habiletés sociales.

- **Les incapacités :**

« Il s'agit d'une modification de la performance fonctionnelle ou du comportement de l'individu se manifestant par la limitation d'une ou plusieurs fonctions ou par une diminution des activités de la personne »[15] Elles sont reliées à des déficiences sur les plans :

- moteur
- sensoriel
- cognitif
- intellectuel ou mental.
- social

« Une personne en perte d'autonomie présente des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou à plusieurs maladies aiguës ou chroniques. Ce n'est pas tant la nature des incapacités qui détermine la perte d'autonomie que leur simultanéité, leur intensité, leur durée et leurs répercussions fonctionnelles ainsi que la perception qu'a une personne de ses capacités d'adaptation ».[16]

Il faut éviter de créer des incapacités circonstantielles, i.e. « des déficits réversibles qui résultent de facteurs autres que la sous-stimulation, la sur-stimulation ou une surmédicalisation que nous pouvons corriger ».[17]

---

[15] Hébert Réjean, Desrosiers Johanne, « Évaluation de l'autonomie fonctionnelle » L'actualité médicale, février '89, p.25

[16] Lévesque L., Roux C, Lauzon S., « Alzheimer, comprendre pour mieux aider », Renouveau Pédagogique - 1990

[17] Idem

- **Les situations d'handicap :**

  Les incapacités peuvent entraîner des situations d'handicap. Il s'agit de désavantages vécus par la personne et qui entraînent son inadaptation sociale.

  Nous devons savoir adapter :

  - l'environnement
  - les modes de communication
  - le rythme et les activités

  afin de réduire ou compenser les incapacités et réduire les situations d'handicap qu'elles entraînent.

  De plus, les personnes sont souvent isolées socialement, à cause de l'essoufflement du réseau naturel lors de l'admission, de l'éloignement de leur milieu ou encore de leur incapacité à entrer en communication.

2.2 LES CIBLES D'INTERVENTION[18]

Le CHSLD doit répondre non seulement aux besoins spécifiques qui ont conduit à l'hébergement des personnes (ceux-ci seront précisés dans la programmation par clientèle) mais aussi aux besoins fondamentaux de tout être humain. Il doit aussi offrir une qualité de vie décente aux personnes hébergées et une mort dans la dignité.

En tant qu'**être humain adulte**, la personne hébergée a des besoins :

- physiologiques, tels que : manger, boire, dormir, éliminer, respirer, se laver, se déplacer...
- psychologiques, tels que : amour, reconnaissance, autonomie et contrôle, estime de soi, sécurité, actualisation, auto-détermination, réalisation (utilisation de son plein potentiel)
- sociaux, tels que : appartenance, exercice de rôles sociaux et familiaux, loisirs, intégration à la communauté interne et externe.

En rapport avec le **maintien d'une qualité** de vie décente, la personne hébergée a besoin :

- de recevoir les soins pertinents à ses problèmes de santé physique
- d'être supportée dans l'utilisation de ses habiletés fonctionnelles (locomotion, hygiène, habillement, alimentation, élimination, communication orale, visuelle, auditive, mémoire, orientation dans le temps et dans l'espace)

---

[18] Adapté d'un document de travail du comité aviseur sur l'organisation et la dispensation des services en CHSLD, MSSS, février 2001

- d'avoir de l'aide pour réduire ou compenser les incapacités et éliminer les situations d'handicap
- de vivre dans un environnement stimulant, sécuritaire et sans barrière architecturale
- de vivre dans un milieu social positif et dans un milieu familier et sain
- de recevoir les services appropriés à sa condition incluant ceux requis en fin de vie.

Enfin, au cours de leur vie en hébergement, les besoins des personnes hébergées sont susceptibles d'évoluer, d'autres besoins peuvent émerger et les habiletés fonctionnelles se modifier. La situation de chaque personne hébergée risque de se complexifier avec le temps et le CHSLD doit pouvoir adapter ses interventions.

Le contenu de la programmation s'établira donc en fonction des **objectifs généraux** d'intervention suivants :

- favoriser le bien-être mental, émotionnel, le développement personnel et le maintien optimal du potentiel de toute personne hébergée
- répondre aux besoins des personnes hébergées en adaptant leur environnement humain et physique
- développer une approche centrée sur les besoins spécifiques de chacune des clientèles hébergées.

2.3 Les interventions

Il s'agit de l'ensemble des expériences de vie offertes aux résidants, sous forme d'activités, aux plans physiologiques, cognitifs, affectifs et sociaux.

Les interventions visent des **objectifs spécifiques** et sont regroupées sous trois volets :

biologiques :

- prévenir les risques et complications de la maladie
- dispenser les soins pertinents aux problèmes de santé
- soutenir l'exercice des habiletés fonctionnelles
- réduire ou compenser les incapacités fonctionnelles résultant des déficiences
- cultiver les habiletés compensatoires et fournir le matériel requis
- éliminer les situations d'handicap et adapter l'environnement.

psychologiques :

- préserver l'estime de soi, le potentiel d'autonomie sociale
- soulager la détresse émotionnelle (liée aux deuils de toute sorte)
- cultiver les attitudes et le niveau de confiance propres à faciliter l'exercice de rôles sociaux adéquats
- favoriser l'autodétermination et l'exercice de son choix.

sociales :

- maximiser la communication avec l'entourage
- promouvoir et soutenir l'intégration dans la communauté interne et externe
- intégrer les familles et les proches.

Les principes spécifiques que sous-tend la réalisation des activités sont les suivants :

- connaître et s'appuyer sur les goûts, les habitudes, les capacités résiduelles
- offrir des contacts humains chaleureux au niveau des gestes et du langage
- choisir des activités simples et adaptées au niveau des capacités (rechercher l'équilibre entre les limites et le potentiel évalués)
- élaborer des objectifs réalistes pour diminuer les frustrations issues de la non-performance
- tenter de maintenir l'intérêt du résidant en respectant un temps limité à l'activité et en tenant compte de la capacité d'attention et de concentration
- donner fréquemment du renforcement positif.

Certaines étapes préalables permettent de personnaliser les interventions :

- **l'admission :**
  l'implication des proches doit être favorisée car le maintien des contacts avec le réseau naturel et une meilleure connaissance de la personne admise sont déterminants dans le processus d'adaptation du résidant à son nouveau milieu ainsi que dans le processus d'adaptation des interventions.

- **l'accueil :**
  la phase d'accueil et d'intégration devra faire l'objet d'une préparation soignée.

- **l'évaluation :**
  il faut bien cerner l'ensemble des besoins et capacités de la personne sur tous les plans, même culturels et spirituels ainsi que ceux des proches ; cette évaluation doit être interdisciplinaire. Il faut laisser à la personne une période d'adaptation pour connaître son plein potentiel.

- **le plan d'intervention :**
  Le PII doit être conçu comme un « projet de vie » du résidant, i.e. qui a du sens pour lui et l'aide à se réaliser.

  Il s'agit plus qu'une analyse des besoins et d'identification des services requis - « une occasion exceptionnelle de définition du type d'échanges, de liens que la personne veut développer ou préserver à l'intérieur et à l'extérieur de son milieu de vie substitut. C'est une mise en relation entre certains besoins d'aide et de vivre de la personne et certains services ou opportunités actuellement présentes ou à développer par le CHSLD ».[19]

  La personne ou ses proches doivent être intégrés à ce processus pour, à la fois solliciter leurs connaissances et obtenir leur collaboration.

  Ce plan d'intervention individualisé doit être « monitoré » par un intervenant-pivot dans le quotidien et être révisé périodiquement pour repenser « l'arrimage entre le résidant et son milieu et travailler à l'intégration du résidant et à l'adaptation continue du milieu ».

2.4 LES RESSOURCES HUMAINES

Dans ce contexte (philosophie d'intervention et approche), les **rôles et responsabilités** des intervenants en CHSLD doivent passer de « centrés sur les tâches » à un rôle beaucoup plus large et plus riche où il faut que l'intervenant :

- soit le premier outil thérapeutique grâce à la relation qu'il établit avec le résidant
- intègre une approche d'accompagnement, i.e. accompagner, respecter et encourager les personnes hébergées à actualiser leur potentiel
- soit à l'écoute des résidants et apporte des solutions concrètes à leurs besoins
- assume des responsabilités en regard de certaines tâches spécifiques
- fasse partie d'une équipe de travail
- s'implique auprès des familles et bénévoles
- collabore avec des partenaires en provenance de différents secteurs d'activité.

Certaines **compétences-clés**[20] de base doivent être exigées pour travailler en CHSLD, peu importe la clientèle desservie. Elles seront exigées lors de la sélection ou encore développées par la formation continue ou des mécanismes d'adaptation.

---

[19] MSSS, Document de travail du comité aviseur sur l'organisation et la dispensation des services en CHSLD.

[20] AQG. Comité de formation, « Émergence d'une nouvelle culture de la formation en gérontologie - Le gérontophile - Vol. 21 - #4 - p. 31 à 36

Il s'agit en matière de :

savoir - connaissances :

- solide formation dans la discipline concernée (connaissance sur le processus de vieillissement)
- connaissance en gérontologie et en gériatrie
- maîtrise des techniques spécialisées à sa profession
- connaissance minimale des équipements spécialisés

savoir-faire - aptitudes :

- habiletés éprouvées de communication et de présence thérapeutique
- habiletés en analyse et résolutions de problèmes
- habileté à travailler en équipe
- sens de l'observation, décodage du non verbal
- modes de communication adaptés

savoir-être - attitudes :

- perspicacité et justesse de jugement
- chaleur, générosité
- disponibilité, sensibilité à l'autre
- compréhension emphatique
- attitude positive, créativité
- patience, tolérance, flexibilité
- respect de la confidentialité
- intérêt pour la clientèle avec profil gériatrique
- souplesse

À cause des nombreux volets à couvrir, les CHSLD doivent se doter d'une équipe complète comprenant des représentants de chacune des disciplines suivantes :

- soins infirmiers et d'assistance
- animation-loisirs
- diététiste ou technicienne en alimentation
- ergothérapie et physiothérapie ou technicienne en réadaptation
- service social
- psychologie
- éducation spécialisée et/ou psychoéducation
- pastorale
- médecine
- pharmacie...

ainsi que :

- entretien ménager
- maintenance
- service alimentaire
- buanderie
- comptabilité.

Le CHSLD devra déterminer les caractéristiques principales de chacun des services et en préciser l'implication. Il doit favoriser le travail en équipe interdisciplinaire et la collaboration, le partenariat avec la famille et les proches, les autres établissements et la communauté afin d'assurer la continuité des services.

Le CHSLD doit aussi, pour favoriser la continuité, mettre en oeuvre des mécanismes permettant la stabilité et la compétence du personnel. Il devra instaurer une organisation et un climat de travail qui contribuent à l'atteinte des objectifs.

2.5 L'ENVIRONNEMENT

« L'environnement a une influence sur le comportement et la qualité de vie du résidant ; il devient donc primordial de créer un environnement adapté capable de fournir un support à la vie de tous les jours... Un milieu d'hébergement supportant et adéquat compense pour les pertes cognitives, motrices et sensorielles, tout en actualisant le potentiel résiduel des individus. »[21]. Il assure la sécurité tant du personnel que des résidants.

La **conception de l'environnement** doit :

- présenter un caractère le moins institutionnel possible, i.e. à l'échelle résidantielle (aspects matériaux...)
- éliminer les barrières architecturales
- favoriser le regroupement en petits nombres pour créer une atmosphère plus familière, promouvoir la socialisation dans un climat de voisinage restreint et permissif
- instaurer des zones significatives et donner accès à des espaces permettant divers degrés d'intimité et de socialisation :
    - la chambre personnalisée (objets personnels ; bibelots, meubles)
    - les espaces communs (cuisine, salle à manger, salon), activités favorisant la socialisation et la supervision des comportements, des interactions

[21] Tétreault, Marie-Hélène et Passini, Romedi. « CHSLD : évolution des modèles d'interventions environnementales ». Le gérontophile, Vol. 22 - no.2, p. 21 à 28

- les espaces de retrait tant pour le personnel (réunions, rencontres avec résidants, familles...), que pour les résidants (visite, activité individuelle...)

- assurer la flexibilité dans ces aménagements en fonction des besoins des résidants et de la programmation
- décorer de façon significative pour la clientèle hébergée de façon à doser les stimulis (son, lumière, couleur) sans stress, tout en facilitant l'orientation et le repérage
- proposer des vues et espaces extérieurs pour favoriser l'orientation dans le temps et la saison, et donner accès à des lieux d'activités et de socialisation.

Donc, l'environnement bien conçu peut contribuer :

- à la promotion de l'autonomie et de l'indépendance fonctionnelle et psychosociale
- à l'orientation dans le temps et dans l'espace (réduire la confusion)
- au fonctionnement efficace de la personne et des intervenants dans un milieu sécuritaire
- à la socialisation et l'exercice de rôles sociaux sans susciter l'agressivité liée à la promiscuité ou à des stimulis stressants.

L'environnement est interdépendant et indissociable d'une promotion d'activités et d'une approche qui vise à compenser les difficultés fonctionnelles et à maintenir l'autonomie.

Pourtant, tous s'entendent pour dire que, même dans un aménagement parfaitement adapté, si l'approche qui sous-tend les interventions n'est pas présente dans la vie de tous les jours, le milieu sera désincarné et inefficace.

Dans cet environnement, il est important d'avoir **l'équipement** nécessaire, pour :

- assurer le maintien de l'autonomie de la personne hébergée :
  - sa mobilité, grâce aux fauteuils roulants, marchettes...
- gérer son environnement grâce aux électroménagers dont les boutons sont accessibles, adaptations mécaniques et/ou technologiques pour contrôler à distance : éclairage, téléviseur, ordinateur
- assurer la sécurité et le confort de la personne :
  - portes codées
  - électro-ménagers sécuritaires
  - mobilier adapté
  - matelas anti-plaies...
- assurer la santé et la sécurité du personnel :
  - lits électriques
  - lève-personnes mobiles ou sur rail.

Le CHSLD doit de plus concevoir une « **mosaïque » de milieux de vie** et sa localisation dans la communauté peut prendre une importance particulière pour certains groupes de résidants et les objectifs d'intégration poursuivis. On peut penser ici au choix des résidence d'accueil, à des ressources alternatives adaptées, appartements supervisés.

Il doit aussi s'impliquer en tant qu'expert auprès des résidences privées de son territoire ou encore des projets résidentiels supportés par des organismes communautaires.

3. LA PROGRAMMATION PAR CLIENTÈLE

Avant de mettre en place la structure de travail par comités, il a fallu clarifier les objectifs et les cibles de travail en s'appuyant sur l'identification du besoin des établissements (comment répondre aux besoins des clientèles diversifiées?).

Le principe de **ségrégation des clientèles** a été préféré à celui de la **mixité des clientèles** et ce, dans le but, de mieux :

- cerner leurs caractéristiques et leurs besoins
- cibler les interventions à poser
- sélectionner et former le personnel
- adapter l'aménagement et les équipements
- cibler le type d'hébergement requis.

Il a été décidé de ne pas traiter séparément **les caractéristiques spécifiques** qui pouvaient se retrouver dans tous les regroupements de clientèle, tels que :

- l'homosexualité
- les communautés ethno-culturelles
- ...

supposant qu'une programmation et une approche adaptée permettaient d'y répondre.

Pour procéder à l'élaboration des programmations par clientèle, **cinq comités** ont été formés correspondant aux clientèles suivantes :

- la clientèle présentant une déficience physique
- la clientèle présentant une déficience intellectuelle
- la clientèle atteinte de démence
- la clientèle atteinte de troubles mentaux
- la clientèle nécessitant des soins de confort.

La composition des comités se voulait très variée. En effet, un appel à tous les établissements a été fait pour désigner des gens intéressés à l'une ou l'autre des clientèles et provenant d'un des secteurs suivants (personnel d'encadrement ou non) :

- soins infirmiers et d'assistance
- services professionnels (ergo, physio, loisirs, travailleur social, nutrition)
- services médicaux et pharmaceutiques
- services auxiliaires (maintenance, entretien ménager, alimentation)
- ressources humaines
- clientèle ou association
- partenaires référents.

La représentation de tous les secteurs n'a pas été complète sur tous les comités mais pour la plupart, on y retrouvait une grande variété d'intervenants provenant d'établissements différents. Le secteur des services médicaux et pharmaceutiques ainsi que celui des soins d'assistance n'ont malheureusement pas été représentés.

Des experts des différentes directions de la Régie régionale se sont joints à chacun des comités. En tout, 65 personnes ont contribué à l'élaboration de la programmation pour les 5 clientèles ciblées.

LA PROGRAMMATION

POUR CLIENTÈLE ATTEINTE DE DÉMENCE

3.1 LA PROGRAMMATION POUR CLIENTÈLE ATTEINTE DE DÉMENCE

3.1.1 La problématique

La démence est un syndrome, donc un tableau de symptômes liés à une affection neurologique qui altère les fonctions cognitives et qui entrave le fonctionnement intellectuel et le comportement de la personne.

Selon l'étude canadienne sur la santé et le vieillissement (1991-1997), 300,000 personnes au pays (75,000 au Québec) seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences connexes. L'incidence serait de 10% chez les gens de plus de 65 ans (i.e. 12,020 personnes en Montérégie en 2001, 16,803 en 2011, 24,030 en 2021, 30,871 en 2031), 35% chez ceux de plus de 85 ans et 50% au-delà de 90 ans. Or, les personnes de plus de 85 ans sont le groupe qui augmente le plus vite. Le nombre de cas de démence devrait tripler d'ici 2031.

La moitié des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences connexes vivent en institution. On tente de plus en plus de les maintenir dans leur milieu de vie naturel aussi longtemps que possible, mais les ressources que peuvent offrir les CLSC sont limitées. En effet, la nécessité pour eux d'assumer les soins post-opératoires et le soutien de nature médicale ne laisse que très peu de ressources pour répondre aux demandes non médicales même si les demandes des familles sont criantes.

En Montérégie, dans les CHSLD, le nombre de personnes admises pour démence comptait pour 52 à 55% des admissions dans les cinq dernières années. Un peu moins de 85% avait plus de 75 ans. L'impact de l'intervention du CLSC a fait en sorte que la clientèle qui auparavant y entrait en majorité entre 75 et 89 ans, y est maintenant admise peu après 85 ans, âge auquel l'incidence de la maladie est la plus élevée.

En dehors des CHSLD, très peu de ressources offrent des services d'hébergement aux personnes démentes. Commencent à émerger des ressources spécialisées telles «Carpe Diem» à Trois-Rivières (ressource communautaire), des ressources résidantielles adaptées comme le Pavillon «Ghislaine Grauls» rattaché au CHSLD Horace-Boivin ou des ressources de type familial spécialisées, telle une résidence d'accueil à Saint-Jean-sur-Richelieu.

Les CHSLD voyant l'émergence de cette clientèle de plus en plus nombreuse, ont créé des unités prothétiques afin de spécialiser l'approche. Malheureusement, ces unités sont souvent devenues des «melting pot» où on retrouve toutes clientèles présentant des déficits cognitifs et/ou des troubles de comportement, d'où l'importance de développer des critères d'admission dans ces unités. Ce fait est probablement relié au manque de connaissances, d'un bon outil d'évaluation, d'équipes psycho-gériatriques ou encore d'autres unités ou ressources spécialisées.

3.1.2 Le profil de la clientèle

« Le terme «démence» désigne le tableau clinique qui implique une détérioration des fonctions cognitives survenant dans un état de conscience normal. Cette détérioration est d'une gravité suffisante pour avoir des répercussions sur le comportement social et professionnel[22]. »

La clientèle atteinte de démence, présente à des degrés divers, simultanément ou non, selon le type de démence, des déficits cognitifs multiples tels :

- altération de la mémoire, de la pensée abstraite, du jugement
- perturbations cognitives survenant dans un état de conscience normal :
  - aphasie (difficulté du langage)
  - apraxie (difficulté à réaliser une activité motrice et les activités de la vie quotidienne, malgré des fonctions motrices intactes)
  - agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets, malgré des fonctions sensorielles intactes)
  - fonctions exécutives (difficulté à faire des projets, à organiser, à ordonner dans le temps, à avoir des pensées abstraites)
  - désorientation temporelle, spatiale et aux personnes
  - diminution de l'attention et de la concentration.

Ces déficits sont à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social et sont souvent accompagnés de comportements et symptômes psychologiques tels :

- **troubles de l'humeur :**
  - l'anxiété qui peut dégénérer en réaction catastrophique lorsque la personne est confrontée à une situation perçue comme menaçante ou traumatisante
  - la dépression
  - l'apathie ou l'agitation
  - angoisse.
- **troubles de la pensée :**
  - hallucinations
  - illusions
  - idées délirantes.

[22] Lévesque L., Roux C., Lauzon S. « Alzheimer comprendre pour mieux aider » de. du Renouveau pédagogique - 1990

- **troubles comportementaux :**
  - altération du cycle éveil-sommeil
  - errance
  - méfiance
  - perte du sens des convenances
  - réactions catastrophiques.

A cause de ces déficits, ces personnes éprouvent beaucoup de difficultés d'adaptation.

Cependant, ces personnes présentent, à des degrés divers, certaines **capacités** (selon le stade) :

- les automatismes de la mémoire procédurale
- la conscience émotionnelle
- la mémoire affective
- des habiletés sociales
- la perception et la conscience sensorielle
- les fonctions motrices.

Les causes de démence peuvent être réversibles ou irréversibles. Parmi les causes irréversibles, on retrouve les démences corticales (Alzheimer : 50 a 60%, Pick : 5%, type frontal : 20 %), les démences vasculaires (20%), les démences sous-corticales (Parkinson, à corps de Lewis) et d'autres types de démence plus rares tels : Creutzfeld-Jakob et Korsakov.

Les démences non dégénératives et celles à caractère réversible nécessitent une toute autre approche, d'où l'importance d'une bonne évaluation psychogériatrique en équipe interdisciplinaire avant l'admission.

La démence est un processus dégénératif évolutif, habituellement lent. Il atteint éventuellement le système musculo-squelettique avec l'apparition de problèmes qui altèrent la capacité ambulatoire. Le déclin ultime de ce processus mène à l'immobilisation et à l'alitement. A cette étape, l'approche sera mieux adaptée sur une unité de soins de confort.

Critères d'inclusion dans le programme

La clientèle atteinte de démence organique dégénérative et présentant des troubles cognitifs (Alzheimer, démence vasculaire, certaines formes de la maladie de Parkinson), à caractère **irréversible**.

Critères d'exclusion dans le programme

- La clientèle de l'unité, au moment où sa capacité ambulatoire est gravement atteinte et que sa conscience de l'environnement est grandement diminuée.

- La clientèle présentant des troubles cognitifs, liés à des facteurs iatrogènes entre autres la médication, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression (pseudo-démence) et présentant un caractère **réversible**.

Note :

On devrait regrouper les clientèles selon le niveau d'atteinte, sinon il y a risque de dépression sévère chez la clientèle à atteinte légère.

3.1.3 Les cibles d'intervention

Pour le maintien de la qualité de vie, de l'autonomie et la recherche du mieux-être de la personne, les cibles d'intervention sont :

- identification et potentialisation des capacités résiduelles
- maintien des capacités cognitives le plus longtemps possible
- maintien des capacités fonctionnelles dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne
- exploitation des mécanismes compensatoires qui favorisent l'adaptation
- préservation et promotion de l'estime de soi
- soulagement de la détresse émotionnelle
- soulagement de l'insécurité liée aux distorsions perceptuelles
- soulagement du stress et de l'anxiété liés aux changements
- diminution des comportements dits inadéquats (errance, fugue, fouille, agressivité)
- augmentation de la socialisation
- diminution de l'isolement, du retrait, du désinvestissement
- diminution de l'utilisation des contentions physiques et chimiques
- adaptation du milieu
- confort et sécurité
- maintien d'un état de santé optimal.

Les principes qui sous-tendent la programmation :

Les personnes atteintes de démence sont d'abord des êtres de « relation » et d'émotions ; chaque action de la journée avec elles prend son sens dans la mesure où elle leur permet de vivre cette relation et ses émotions avec l'intervenant. Ce sens sera positif si le climat en est un de confiance, que les activités, le mode de communication et l'environnement sont adaptés à leurs capacités, incapacités et rythme. Il faudra donc :

- privilégier la dimension affective de la personne
- accorder de l'importance à la communication non verbale
- éviter de recourir au jugement, à l'argumentation, à la confrontation.

La communication avec ces personnes est très importante, mais difficile à cause des déficits cognitifs et perceptuels causés par la démence. Nous devons donc adopter des **stratégies de communication** adaptées :

3.1.4 Les interventions

Ce sont des actions stimulantes et réconfortantes qui vont plus loin que les simples soins d'entretien et de surveillance.

Les activités proposées aux personnes démentes ne doivent pas être isolées de leur vie quotidienne, elles doivent plutôt s'y intégrer de façon à en assurer la continuité. Elles doivent de plus être significatives pour elles et stimuler leur potentiel sans pour autant accroître leur détresse.

Les principes spécifiques qui sous-tendent la réalisation des activités sont les suivants :

- choisir des activités simples et adaptées au niveau des capacités (rechercher l'équilibre entre les limites et le potentiel évalués) ;
- élaborer des objectifs réalistes pour diminuer les frustrations issues de la non-performance (mettre de côté nos normes habituelles de performance et d'attente) ;
- faciliter la participation en référant à des comportements appris depuis longtemps et fortement ancrés dans la mémoire procédurale ;
- tenter de maintenir l'intérêt du résidant en respectant un temps défini (de façon générale plus court) et en tenant compte de la capacité d'attention et de concentration ;
- utiliser des consignes verbales précises et répéter souvent ces consignes pour favoriser l'exécution de l'action ;
- maintenir la cohérence entre nos comportements, gestes et nos demandes, consignes... ;
- donner fréquemment du renforcement positif ;
- offrir des contacts humains chaleureux au niveau des gestes et du langage
- pour des activités de groupe, regrouper les personnes en petits groupes (3 à 8) et selon leur niveau d'atteinte.

L'horaire sur cette unité doit être souple et personnalisé, c'est-à-dire un horaire fixe pour chaque personne conforme à ses habitudes et non aux exigences organisationnelles. Il faut donc des conduites adaptées, des interventions personnalisées réévaluées périodiquement et créatrices ainsi qu'un horaire individualisé.

Les principales interventions sont les suivantes, aux plans :

biologique :

- activités de soins (médicaux, infirmiers, adaptation-réadaptation)
- activités de la vie quotidienne (soins d'hygiène, habillement, repas) avec accompagnement
- activités physiques (exercices)
- exercices de relaxation
- stimulations sensorielles adaptées (pas de sous-stimulation ou de sur-stimulation)
- alimentation plat par plat

psychologique :

- activités non structurées, c'est-à-dire celles que le résidant initie lui-même (marche, observation, intimité...)
- activités utilitaires (participation aux tâches ménagères telles que : plier, ranger, nettoyer, couper légumes, mettre la table...)
- activités de réminiscence
- validation
- encadrement et surveillance

social :

- activités de groupe (chant, musique...) - groupe de 3 à 8 selon le niveau d'atteinte
- activités de loisirs (jeux, danse, jardinage...)
- support et formation aux familles
- implication du réseau familial ou des personnes significatives.

La fréquence élevée des interactions entre les aidants et les personnes atteintes fournit l'opportunité d'établir une relation significative et des communications plus efficaces, élément essentiel à l'actualisation du potentiel de chacun par l'activité.

3.1.5 Les ressources humaines

Cette clientèle a besoin de contacts humains chaleureux, tant au niveau des gestes que du langage. Elle a besoin de sécurité, d'encadrement, de visages familiers, de **présences stables et significatives.** Il faudra donc assurer **permanence et stabilité du personnel**.

Il faudra aussi offrir aux employés du support psychosocial et du support clinique sous forme de formation continue et de coaching.

Les compétences clés sont les suivantes au niveau du :

savoir - connaissances sur :

- les formes et l'évolution des types de démence (psychopathologie), les pertes cognitives et leurs impacts
- les modifications que les démences apportent sur le comportement, la personnalité, les aptitudes
- la mémoire procédurale
- la réminiscence
- les troubles de comportement ou comportements perturbateurs
- les méthodes de résolution de problème
- les différents modes et principes de communication
- la pharmacologie et ses effets.

savoir-faire - habiletés à :

- travailler en équipe
- communiquer avec les personnes atteintes et leur famille
- créer un climat de confiance
- susciter la participation
- appliquer la méthode de résolution de problèmes
- prévenir et intervenir face aux comportements perturbateurs
- prévenir et intervenir en situation de crise
- décoder, observer et transmettre l'information
- respecter le rythme de la personne
- entrer en relation
- moduler les stimulis selon la tolérance.

savoir-être - attitudes :

- respect
- intuition et **créativité**
- non confrontement
- bon jugement
- **empathie**
- capacité d'adaptation, **souplesse**
- ouverture d'esprit
- sens des responsabilités
- centralisation
- intérêt à travailler avec cette clientèle
- patience
- compréhension
- tendresse
- chaleur et gentillesse
- calme et douceur
- sens de l'humour
- sens de l'observation.

L'équipe d'intervention auprès de cette clientèle doit se composer :

- **d'une équipe de base :**
  - l'infirmière
  - l'infirmière auxiliaire
  - le préposé ou l'éducateur
  - la famille
  - le préposé à l'entretien ménager.

- **d'une équipe élargie :**
  - l'ergothérapeute
  - la nutritionniste
  - le travailleur social
  - le médecin
  - le pharmacien
  - l'animateur en loisirs
  - l'aumônier
  - les bénévoles.

- **les consultants :**
  - le neuropsychologue
  - le neuropsychiatre, psychogériatre
  - la physiothérapeute ou technicienne en réadaptation
  - l'orthophoniste.

La famille et les associations telles la Société Alzheimer sont des partenaires de premier choix.

3.1.6 L'environnement

L'aménagement :

Dans la conception de l'environnement pour cette clientèle, un équilibre doit être trouvé entre la sécurité et le plaisir, l'intimité et la socialisation.

L'environnement doit maximiser l'intégration des composantes suivantes :

- **indices visuels d'orientation** pour le résidant à se retrouver dans son milieu de vie, tels que : code de répartition des couleurs et signalisation afin d'assister le repérage ;
- **intimité et socialisation** afin de permettre au résidant de maintenir des contacts sociaux satisfaisants tout en lui permettant d'exercer un certain contrôle dans la satisfaction de son besoin d'intimité ;
- **gestion continue des stimulis**, c'est-à-dire la réduction des objets, sons, va et vient, ton de voix ou indices non significatifs (affichage...) ;
- **personnalisation** pour favoriser l'exercice du contrôle du résidant sur l'aménagement et sur l'organisation des effets personnels ;
- **sécurité**, c'est-à-dire l'ajout ou le retrait des éléments susceptibles de prévenir les accidents ou les « fugues » tels que : alarmes ou codes de sécurité à chaque sortie, camouflage des ascenseurs, aires de circulation dégagées, faciles à comprendre, protégées et supervisées, éclairage non éblouissant avec contrôle d'intensité, accessoires et électroménagers adaptés ;
- **la décoration** doit être de **type familial** et permettre l'apport d'articles familiers et significatifs.

La chambre : privée et décorée de meubles et objets familiers avec porte qui ouvre sur les espaces communs.

La cuisine : ouverte et accessible avec appareils sécuritaires, permettant d'y préparer les repas, collations.

La salle à manger avec mobilier repères familiers.

Le salon avec fauteuils confortables, fenêtres sur le jardin.

Des petites **salles** pour activités en petits groupes ou pour recevoir visiteurs.

Les **salles de bain** adaptées.

Les **salles de toilette** équipées de barres d'appui de chaque côté du pied de toilette, dont une petite près des aires d'activités.

Les **portes** de sorties munies d'un dispositif de fermeture codé.

La **fenestration** à ouverture sécuritaire.

L'accès direct à un **espace extérieur** protégé.

Poste infirmier minimal.

Selon son évolution ou les caractéristiques de son comportement réduit par la démence, la personne pourra être hébergée dans un milieu ouvert ou fermé ou encore « psychogériatrique ».

L'équipement :

Si le repas n'est pas préparé sur l'unité, l'établissement devrait s'équiper d'un chariot chauffant qui permet de procéder au service des repas en plat par plat sur l'unité.

Type d'hébergement :

Le regroupement de cette clientèle en groupes de 8 à 14-15 est favorisé. En autant que certaines mesures de sécurité soient respectées, ces groupes peuvent être hébergés en :

- ressources alternatives
- unité dans pavillon (RI)
- unité dans institution.

Les ressources de type familial sont moins indiquées à cause de la nécessité d'une surveillance de nuit, ce qui risquerait d'épuiser la famille propriétaire.

LA PROGRAMMATION

POUR CLIENTÈLE ATTEINTE DE TROUBLES MENTAUX

3.2 LA PROGRAMMATION POUR CLIENTÈLE ATTEINTE DE TROUBLES MENTAUX

3.2.1 La problématique

Le modèle d'organisation des services de santé mentale, adopté par la Régie régionale en 1991, prévoyait la mise en place d'une gamme de services diversifiés incluant les services requis pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Les crédits ministériels octroyés durant la période 1990-1995, soit 4,6 M $, n'ont pas permis de développer la gamme de services essentiels retenus dans la politique de santé mentale. De plus, la Régie a été dans la quasi impossibilité de répondre aux attentes des partenaires et de promouvoir la création de services correspondant aux nouvelles approches innovatrices déjà en vigueur, dans la plupart des autres régions socio-sanitaires.

En 1997, le inistère de la Santé et des Services Sociaux met de l'avant des orientations afin de rapprocher l'intervention du milieu de vie naturel, de diversifier les services et de répartir les ressources en fonction de ce choix. Il privilégie, dans son plan d'action 97-02, la mise en place de huit types de services pour que les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs familles puissent vivre en s'intégrant à la vie dans la communauté et en développant au maximum leurs capacités.

L'importance de l'écart historique en Montérégie entre les besoins et l'offre de services (consommation déficitaire de 66 millions $ pour la population de la Montérégie en tenant compte du per capita pondéré de l'année 97-98), en favorisant la réalisation du plan d'action ministériel.

Contrairement à d'autres régions où on a fermé des lits ce qui a permis d'utiliser le produit de leur fermeture pour les réallouer dans des services dans la communauté, la quasi absence de lits de longue durée psychiatrique en Montérégie (41 lits), n'a pas permis de faire la même chose.

Dans ce contexte, l'éventail des services requis pour les adultes atteints de troubles mentaux graves est nettement insuffisant tant au niveau du traitement et de la réadaptation qu'au niveau des services et des places d'hébergement dans la communauté.

Ces personnes effectuent parfois un parcours chaotique de ressources de type résidantiel, en ressources intermédiaires pour finalement se retrouver dans le réseau des ressources privées.

Les CH réfèrent une partie de la clientèle ayant des troubles mentaux graves et des problèmes de comportement aux CHSLD parce qu'ils sont confrontés à :

- la pénurie de services dans la communauté
- la pénurie de ressources résidantielles
- la pénurie de lits de longue durée psychiatrique pour les personnes ayant des troubles graves
- la nécessité de libérer les lits de courte durée psychiatrique (ratio 40% inférieur à la moyenne prévisible de l'année 2002).

Depuis 5 ans, plus ou moins 5% des admissions en CHSLD concernent cette clientèle. Selon les années entre 70% et 90% de ces personnes ont plus de 65 ans.

3.2.2 Le profil de la clientèle

La clientèle atteinte de troubles mentaux graves consiste en des adultes avec une maladie mentale sévère de longue date ou d'apparition tardive avec déficit résiduel. Les troubles mentaux graves incluent des diagnostics tels la schizophrénie, la dépression majeure récurrente, les syndromes organiques cérébraux chroniques autres que dégénératifs, l'alcoolisme chronique, les troubles d'anxiété (phobiques, obsessionnels-compulsifs), les troubles d'adaptation et d'autres psychoses chroniques (maniaco-dépressive, paranoïde, etc...).

Les adultes atteints de troubles mentaux graves ont souvent des difficultés fonctionnelles importantes, une comorbidité médicale, des troubles cognitifs associés et peuvent présenter des troubles de comportement imprévisibles mais contrôlables.

D'autre part, les facteurs psychosociaux reliés au vieillissement (pertes multiples, besoins nouveaux, environnement psychosocial inapproprié, isolement et la solitude), ont un impact sur la capacité d'adaptation des individus et peuvent entraîner, conjointement avec les pertes de capacités physiques, une dépression majeure.

De ce fait, la clientèle est souvent dans des conditions difficiles et même dangereuses pour elle-même ou pour les autres, où elle a brûlé plusieurs ressources de son entourage. Elle se retrouve au centre hospitalier ou dans une situation qui nécessite une protection sociale.

Cette clientèle a donc plusieurs caractéristiques cliniques qui nécessitent des services de longue durée. Elle requiert un traitement psychiatrique ainsi qu'un encadrement spécialisé dispensé par du personnel formé et bien au fait des attitudes, approches et pratiques à privilégier à l'endroit des clients chez lesquels le rapport à la réalité demeure fragile.

Le profil comportemental de ces personnes peut présenter plusieurs des éléments suivants :

- agressivité intermittente
- humeur labile
- agitation
- faible tolérance aux frustrations
- propos et comportements agressifs
- intimidation, insulte, menace
- lancement d'objets
- sonnerie constante
- idées délirantes
- isolement, refus de sortie du lit
- refus de médication
- méfiance, opposition.

Critères d'inclusion dans le programme

- personne adulte présentant des troubles mentaux graves accompagnés de comorbidité (problèmes de santé physique et/ou cognitifs réversibles), en perte d'autonomie fonctionnelle et psychosociale (profil gériatrique);
- personne âgée en dépression majeure, isolée et en perte d'autonomie fonctionnelle, qui nécessite un milieu de vie substitut à cause de la dangerosité pour elle-même quand le centre de jour et l'équipe de psychogériatrie du CLSC ne suffisent plus.

Critères d'exclusion du programme

- personne adulte présentant des troubles mentaux graves qui présentent encore un potentiel de réadaptation et/ou d'intégration sociale
- diagnostic de démence de type Alzheimer ou autre syndrome organique irréversible
- personne en phase aiguë, non stabilisée
- troubles de personnalité sévères
- traumatisés crâniens cérébraux.

Il est important pour intervenir auprès de cette clientèle, de maintenir un partenariat très serré avec les services de psychiatrie référents. Il peut s'agir du département de psychiatrie qui a reçu le client pour de nombreuses hospitalisations et/ou de l'équipe du suivi en externe. Il peut aussi s'agir de l'équipe de santé mentale ou de psychogériatrie du CLSC qui suivait à domicile la personne âgée souffrant de dépression majeure et qui nécessite un milieu de vie substitut plus encadrant.

Ce partenariat est important tant lors de l'admission, pour le transfert d'information et l'aide à l'élaboration du plan d'intervention et de services requis, que plus tard, si le client ne s'adapte pas ou présente des comportements incontrôlables. Il s'agira alors de revoir le plan d'intervention ou de procéder à une ré-hospitalisation. Ce partenariat devrait être formalisé dès l'admission.

Une entente préalable à l'admission devra être écrite pour spécifier :

- un retour au CH référant si le client ne s'adapte pas ou présente des comportements non contrôlables ;
- un suivi formel par l'équipe du département de psychiatrie du centre hospitalier référant.

3.2.3 Les cibles d'intervention

Elles portent sur :

- la valorisation des rôles sociaux
- l'amélioration comportementale
- le maintien de l'autonomie résiduelle
- l'adaptation du milieu
- l'individualisation (goûts, habitudes, histoire)
- l'appropriation du pouvoir (empowerment)
- la récupération et le maintien de l'intégrité psychologique
- la récupération et le maintien de l'estime de soi.

La qualité de l'intervention auprès de cette clientèle est assurée par une approche qui :

- est basée sur une bonne évaluation bio-psychosociale
- privilégie le mode relationnel
- vise l'adaptation plus que la réadaptation
- est souple et individualisée
- s'adresse à :
    - la perte d'autonomie physique et fonctionnelle
    - les compétences cognitives sociales
    - la communication
    - les intérêts et la motivation.

3.2.4 Les interventions

Elles porteront sur les aspects suivants, aux plans :

biologique :

- aide physique ou verbale aux AVQ avec souci de maintien des capacités résiduelles quant à l'autonomie fonctionnelle. Cette clientèle, selon le niveau de comorbidité (santé physique ou cognitive) nécessite de l'aide, de la stimulation ou des rappels constants concernant son alimentation, son hygiène personnelle, l'entretien de ses vêtements ou de ses espaces personnels. Il s'agit de bien identifier les sources d'intérêt et de mobilisation pour les stimuler
- traitement continu des symptômes psychiatriques et physiques par médication, soins, etc...
- alimentation équilibrée.

psychologique :

- support psychologique et relationnel par des psychothérapies individuelles ou de groupe
- relation d'aide et « modeling »
- stratégies de support à l'adaptation
- les ressources psychologiques et le potentiel d'adaptation de cette clientèle sont limités. Ces personnes sont fragiles et anxieuses à l'égard des défis et réalités quotidiennes
- thérapie cognitive comportementale
- une partie de cette clientèle peut présenter un potentiel élevé d'agressivité surtout verbale mais parfois aussi physique. Il y a donc lieu d'adopter des mesures préventives et curatives visant à encadrer avec le plus d'efficience possible les pertes de contrôle
- thérapie intégrative
- groupes de réminiscence, de remotivation, expression
- thérapie par le milieu
- stimulation affective cognitive pour les personnes déprimées
- prévention et gestion de crise (approche non coercitive plutôt qu'application de contentions).

sociale:

- utilisation des techniques de maintien et développement des compétences sociales. Ces personnes éprouvent des difficultés à avoir des rapports soutenus et significatifs

- activités ludiques adaptées et significatives du fait de leur isolement et des compétences sociales détériorées. Ces personnes ont peu d'activités de loisir, font peu d'exercice
- régimes de protection ou d'accompagnement dans la gestion des biens : ces personnes éprouvent habituellement beaucoup de difficulté à gérer leurs biens, leur argent
- support, information aux familles ou proches pour favoriser leur intégration dans le plan d'intervention et briser l'isolement.

3.2.5 Les ressources humaines

En plus des connaissances, aptitudes et attitudes nécessaires en gériatrie, les intervenants devraient avoir un intérêt certain à travailler avec cette clientèle. Ils devraient avoir les compétences clés suivantes :

savoir - connaissances sur :

- les caractéristiques des clientèles (profil d'autonomie)
- la médication et ses effets
- les modalités d'intervention
- les maladies mentales (classification, symptômes)
- les approches de communication et de relation.

savoir-faire - habiletés à :

- établir une relation d'aide
- intervenir de façon adaptée avec le client et son réseau
- distinguer et reconnaître les clientèles, leurs symptômes, leurs capacités et incapacités
- utiliser les outils de communication plus pointus pour assurer un suivi plus serré.

savoir-être - attitudes :

- écoute
- empathie
- souplesse - adaptation
- tolérance
- introspection.

La programmation étant axée sur le mode relationnel, il est important d'assurer une grande **stabilité du personnel** et de s'assurer que le personnel de remplacement est aussi bien formé.

La **cohésion** entre les membres de l'**équipe** et la cohérence dans les interventions est un incontournable avec cette clientèle.

Le personnel clinique devra avoir une bonne **formation de base** en psychiatrie, de façon à assurer une intégration des notions de base dans l'élaboration du plan d'intervention et dans la relation avec l'usager. L'équipe devra développer par la suite son expertise dans la pratique avec l'aide du clinicien-expert et l'échange avec les partenaires en psychiatrie.

Il est important que tout le personnel non clinique qui doit intervenir sur cette unité soit préalablement informé, formé et supervisé.

L'équipe d'intervention devrait prévoir la présence :

(dont une présence masculine par quart de travail)

- infirmière
- préposé
- éducateur
- médecin* (omni plus psychiatre)
- pharmacien
- éducateur/loisirs (horaire flexible)
- ergothérapeute (horaire flexible)
- nutritionniste
- travailleur social et/ou psychologue
- physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique, si nécessaire
- neuropsychologue.

* Étant donné le manque de psychiatre et psychogériatre, il faudrait un suivi conjoint omni-psychiatre.

Cette équipe doit être supportée par un expert clinicien en santé mentale. Le gestionnaire doit prévoir des **lieux de parole et d'échanges** pour le support moral de l'équipe.

Les services d'un **agent de sécurité** devraient être disponibles le soir, la nuit et les fins de semaine.

3.2.6 L'environnement

L'aménagement et l'équipement

L'environnement se doit d'être chaleureux et d'offrir un milieu de vie calme, reposant et stable.

Il est suggéré :

- 8 **chambres** individuelles avec toilette privée et décoration personnalisée
- une **cuisinette** aménagée
- une **salle à manger** et un salon communautaire
- un **fumoir**
- une **salle pour activités**
- un **salon** plus intime pour rencontres
- une **buanderie**
- une **salle de bain** adaptée avec lève-personne
- un **bureau de travail** pour personnel avec petite pharmacie sous clé.

L'environnement doit aussi être **sécuritaire** pour la clientèle ou le personnel. L'unité ou l'îlot sera donc fermé et un système de protection en cas d'agression sera prévu (ex : bouton panique).

Les **fenêtres et portes** devront être munies d'un dispositif d'alarme.

Accès à des **balcons** sécuritaires ou à jardin clôturé.

Une **chambre d'isolement** doit être prévue, plus sécuritaire, assez grande, située à côté du poste ; la porte doit avoir un regard vitré.

Certaines **précautions** sont à prendre pour éviter les accidents (ex : mobilier fixé, tuyau camouflé...).

Le type d'hébergement

- Pour personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, il est suggéré :
  - îlot dans l'institution
- Pour les personnes souffrant de pseudo-démences :
  étant donné le caractère potentiellement réversible, il est suggéré :
  - résidence d'accueil
  - îlot dans ressource intermédiaire ou alternative.

LA PROGRAMMATION

POUR CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

3.3 LA PROGRAMMATION POUR CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE

3.3.1 La problématique

La proximité de la Montérégie à des services de réadaptation physique, en déficience motrice, auditive ou du langage et de la parole, situés dans des régions limitrophes (l'Estrie et surtout Montréal) a amené une dépendance vis-à-vis ces régions et un retard dans le développement de nos propres services. Il en résulte que le Centre montérégien de Réadaptation (CMR), dédié à ces besoins et reconnu officiellement depuis 1996 comme établissement régional, ne réussit à rejoindre que la clientèle des 0-5 ans et imparfaitement, puisque les délais pour recevoir des services demeurent importants.

Plusieurs services pour les clientèles 6-17 ans et adultes en déficience motrice, auditive ou du langage et de la parole sont dispensés hors-région ou par le biais du privé.

Situation visée

Nous sommes maintenant à l'étape de mettre sur pied un réseau de services intégrés en déficience physique, à partir des différents acteurs qui ont développé des expertises en la matière. Le directeur général de la Régie régionale a confié à la Direction de l'organisation des services à la clientèle, le mandat de voir à la mise sur pied d'un réseau de services intégrés en déficience physique avec l'aide notamment d'un comité d'experts et de produire un rapport à cet effet d'ici le 31 mars 2001.

Plan régional d'organisation des services

Le Plan régional d'organisation de services pour les personnes ayant une déficience physique en Montérégie, réalisé en novembre 1995, s'adresse à toute « personne dont la déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage et de la parole entraîne ou, selon toute probabilité et de façon imminente, va entraîner des incapacités significatives et persistantes et qui risque de vivre des situations de handicap » .

<u>Le modèle d'organisation de services proposé</u>

Les services d'intervention socio-communautaire ont pour objectif de permettre à la personne de vivre dans un milieu résidantiel de son choix avec les personnes de son choix. Cette mesure peut conduire à définir des milieux de vie protégés et des mesures d'encadrement particulière.

Nous retrouvons dans la nomenclature des programmes, au niveau de l'intervention socio-communautaire, le programme des milieux résidantiels substituts, qui a pour fonction d'offrir des milieux résidantiels transitoires ou à long terme correspondant aux besoins des personnes. Les objectifs d'intervention visés consistent à offrir un cadre résidantiel pour la démarche d'intégration et à fournir des **milieux résidantiels collectifs dont l'organisation physique et le niveau de soutien s'adaptent aux besoins, aux attentes et aux aspirations quant à la qualité de vie.**

La planification régionale d'organisation de services doit donc prévoir, en collaboration avec les partenaires de la Régie régionale, un réseau de ressources résidantielles diversifiées pour répondre aux besoins à court terme et à long terme de la population cible visée. Chacune des sous-régions devrait pouvoir compter sur une gamme complète de ressources résidantielles. Cette gamme de ressources ouvre la possibilité de faire appel à des ressources mettant à profit les organismes communautaires. Il va de soi que le centre de réadaptation doit intervenir dans ces milieux résidantiels pour assurer les activités de réadaptation pertinentes et les CLSC pour le maintien des acquis fonctionnels.

Plan de consolidation 1999-2002

Le plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002, précise la priorité d'action suivante concernant les ressources d'hébergement en déficience physique:

Palier local

- Développer de nouvelles ressources résidantielles substituts et mettre en place des ressources d'hébergement non institutionnelles pour les personnes présentant une déficience physique dont le profil correspond à la clientèle habituellement orientée en CHSLD.

CONSTATS

Suite à l'inventaire des clientèles particulières auprès des CHSLD publics et privés conventionnés en Montérégie, nous retrouvions hébergés au mois d'août 1999 en raison d'une déficience physique, 5 enfants de moins de 18 ans, 116 personnes de 19-54 ans, 610 personnes de 55 ans et plus, pour un total de 731 usagers hébergés ayant une déficience physique. A cela, on doit ajouter les 105 admissions survenues après cette période (de septembre 1999 à mars 2000). Ainsi, l'inventaire des clientèles particulières hébergées en Montérégie amène comme constatation que les déficiences physiques représentent 9% de la clientèle hébergée et le sont souvent sans programmation et formation spécifique.

Nous pensons que les personnes ayant une déficience physique ont principalement été maintenues à domicile dans notre région et qu'après des années de support des proches et du milieu et suite à leur épuisement, on se tourne maintenant vers les CHSLD pour prendre la relève du milieu de vie naturel. Les CHSLD ont donc peu de tradition vis-à-vis ces usagers, qui tranchent carrément avec leur clientèle habituelle et qui nécessitent un environnement adapté à leurs besoins.

Nous avons peu de places spécifiques en ressource de type familial (RTF) ou en ressource intermédiaire (RI) réservées aux personnes handicapées physiques sur le territoire (ce qui ne veut pas nécessairement dire qu'aucune personne handicapée n'occupe une place dans ces types de ressources, mais cela demeure marginal).

Plusieurs CHSLD hébergent les personnes ayant une déficience physique, avec mixité ou non des clientèles.

Avec la venue de cette clientèle dans les CHSLD, plusieurs projets ont été mis en place par les CHSLD. Certains ont amorcé une programmation particulière pour cette clientèle (surtout celle de moins de 65 ans) et ont créé des aménagements spécifiques pour répondre à leurs besoins. Parmi les projets, citons :

- en institution :
  ⇒ regroupement en îlot d'adultes de moins de 65 ans (les CHSLD du Littoral)
- par l'institution :
  ⇒ création de ressources résidantielles (Hôpital du Haut-Richelieu) ou de ressources alternatives (Centre Horace-Boivin)
- ressources communautaires de répit-dépannage.

Ces pionniers ont développé une expertise et deviennent des ressources à consulter avant de mettre en opération un projet.

3.3.2 Le profil de la clientèle

« Il s'agit en général d'une clientèle sans déficit cognitif ou avec un léger déficit sans altération significative de son fonctionnement et dont l'atteinte motrice ou sensorielle et les problèmes de santé physique sont prédominants. Les capacités qui en découlent sont sévères et persistantes. Elle a besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, les tâches domestiques et la mobilité, elle a la capacité **«d'exercer son autonomie et veut être reconnue dans sa compétence d'agir »**[23]. Sur le plan psychosocial, cette clientèle peut et désire habituellement maintenir et poursuivre des relations sociales, mais à cause de situations d'handicaps, elle se retrouve généralement isolée.

[23] «Programmation pour la clientèle désirant exercer son autonomie et être reconnue dans sa compétence d'agir» Institut universitaire de Sherbrooke, oct. 98, 54 p.

Les causes de la **déficience physique** sont soit congénitales, ou la conséquence d'un traumatisme ou d'une maladie. Les déficiences peuvent être sensorielles, motrices, neurologiques et entraîner des incapacités temporaires ou permanentes, pouvant être de nature stable, progressive ou régressive.

Ce sont toutefois les différents obstacles rencontrés dans l'environnement qui, en interaction avec les incapacités de la personne, perturbent ses habitudes de vie, compromettent l'accomplissement de ses rôles sociaux et la placent en situation d'handicap.

Dans les orientations ministérielles de 1996[24], il est précisé que la clientèle cible désignée par la formule « personne ayant une déficience physique », se définit comme suit :

«Personne dont la déficience auditive, du langage et de la parole, motrice ou visuelle, entraîne **des incapacités significatives et persistantes** et qui vit ou risque de vivre des situations d'handicap.

Ces personnes ont besoin d'un niveau de protection et d'encadrement et, parfois d'un niveau d'intensité de soins que les services de soutien à l'intégration ne peuvent leur assurer de façon entièrement satisfaisante dans leur milieu résidantiel naturel.

Les conditions particulières pouvant amener l'orientation à long terme d'une personne ayant une déficience physique vers un nouveau milieu résidantiel sont d'ordre bio-psychosocial, soit une combinaison de **problème de santé** affectant considérablement l'équilibre affectif et l'endurance de la personne, une **altération du comportement** et des capacités intellectuelles ainsi que l'absence ou l'épuisement du **réseau de soutien** naturel. Ces caractéristiques se retrouvent chez des personnes de tout âge mais leur fréquence d'apparition croît à partir de 65 ans. »

Pour les **problèmes de santé physique**, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les AVC, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'arthrite.

Critères d'inclusion dans le programme

Personnes **lucides** présentant une déficience physique (motrice, auditive, visuelle, troubles du langage et de la parole) et/ou des problèmes de santé physique dont l'intensité diminue grandement leur indépendance et pour laquelle le milieu de vie naturel et communautaire ne peut plus compenser.

---

[24] « Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Un continuum intégré de services en déficience physique » MSSS.1996

Ces personnes possèdent généralement la capacité de :

- s'impliquer activement dans leur plan d'intervention
- faire des choix et en assumer les conséquences
- respecter les autres et d'adhérer au mode de vie du milieu.

Critères d'exclusion du programme

Personnes présentant une déficience physique accompagnée d'une détérioration des fonctions cognitives.

3.3.3 Les cibles d'intervention

- **La philosophie**

La valorisation de l'autodétermination devrait se retrouver au centre de toutes les interventions (soins, alimentation, loisirs...).

- **Les cibles d'intervention auprès de cette clientèle viseront à :**
  - soutenir l'implication personnelle du résidant concernant sa vie et ses soins
  - favoriser une stimulation globale et la réalisation de rôles sociaux compatibles avec ses goûts et son potentiel
  - favoriser le maintien des rôles sociaux antérieurs
  - susciter l'actualisation de rôles actifs tant à l'extérieur que dans le milieu de vie
  - diminuer la dépendance induite
  - favoriser le contrôle personnel
  - faciliter l'adéquation personne-environnement (en tenant compte de ses valeurs, ses besoins...)
  - favoriser l'implication active de l'entourage du résidant
  - créer un milieu stimulant
  - maximiser les occasions d'échange et de communication
  - favoriser le libre choix à l'intérieur d'un cadre
  - favoriser les liens avec la communauté
  - assurer confort et sécurité
  - responsabiliser la personne par rapport à l'organisation de son milieu de vie
  - maintenir un état de santé optimal
  - soutenir et améliorer les capacités et ne pas substituer à la personne dans les activités qu'elle est en mesure de réaliser.

- **La programmation devra :**
  - viser à compenser les incapacités physiques dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, des AVD et de la mobilité et à réduire ou éliminer les situations d'handicap
  - considérer les impacts que **l'autodétermination** et **le contrôle sur sa vie** ont sur le bien-être psychologique et la santé des résidants
  - être centrée sur les besoins et objectifs personnels du résidant
  - tenir compte des habitudes de vie de chacun
  - viser à contrer les effets négatifs de l'institutionnalisation
  - prendre en considération les deuils vécus par ces personnes
  - composer avec les choix des personnes (libre-arbitre).

- **La qualité de l'intervention est assurée par une préoccupation :**
  - du maintien du potentiel résiduel (favoriser l'indépendance optimale)
  - de la valorisation de l'autonomie psychologique (contrôle sur sa vie)
  - de l'actualisation de soi du résidant
  - du maintien des rôles sociaux.

3.3.4 Les interventions

Les interventions devront être planifiées et exécutées à partir d'une évaluation multidisciplinaire bio-psychosociale, i.e. qui prend en considération les activités coutumières, les habitudes de vie et les rôles sociaux que la personne souhaite continuer à exercer.

Les interventions pourront plus difficilement s'inscrire dans un routine avec cette clientèle qui est capable d'autonomie.

Les **principales interventions** sont, sur les plans :

biologique :

- évaluation et traitement continu des symptômes physiques incluant la médication (favoriser l'auto-médication si possible) et soins particuliers (ex. : colostomie, aérosolthérapie)
- aide à la mobilité
- positionnement
- adaptation des modes de communication (si déficience au plan visuel, auditif ou du langage)

- adaptation de l'alimentation (contenu, texture, technique)
- mobilisation passive ou exercices
- attention particulière à la santé, à la fonction motrice, aux soins de la peau
- aide aux AVQ et tâches domestiques (compenser uniquement les incapacités)
- adaptation de l'environnement (réduire et diminuer les situations d'handicap physique)
- aide technique.

psychologique :

- traitement et suivi des symptômes psychiques (deuils, dépression, idées suicidaires ...)
- mise en place de comités «milieu de vie» pour l'implication de cette clientèle dans les décisions concernant l'organisation du milieu (repas, entretien, activités, décoration)
- support aux initiatives individuelles
- groupes de discussion sur des sujets d'actualité
- groupes de remotivation.

sociale :

- facilitation des liens avec la communauté environnante
- favorisation de l'intégration dans le milieu
- organisation du transport
- intégration des proches ou des personnes significatives désirées
- support de la réalisation d'activités personnelles telles qu'études, bénévolat...

3.3.5 Les ressources humaines

Pour intervenir adéquatement avec cette clientèle, il faudrait développer les compétences clés suivantes :

savoir - connaissances sur :

- les facteurs à l'origine des maladies, traumatismes, anomalies congénitales, pouvant entraîner des incapacités
- les déficiences physiques, les pathologies et l'impact potentiel sur les capacités, incapacités et le comportement
- l'équipement et les techniques de positionnement

- l'équipement et les techniques de déplacement sécuritaire
- les ressources du milieu
- les phases réactionnelles
- la relation d'aide
- la thérapie par le milieu
- les différents modes de communication
- les techniques d'alimentation (déglutition, gavage...).

savoir-faire - habiletés à :

- utiliser de l'équipement spécialisé
- effectuer des déplacements (transferts) de façon sécuritaire
- utiliser différents modes de communication
- communiquer de façon à susciter le partenariat
- travailler en équipe.

savoir-être - attitudes :

- maturité
- empathie, respect de l'individu
- souplesse, adaptabilité
- ouverture d'esprit
- bon jugement
- responsabilité
- esprit d'initiative, créativité.

L'équipe intervenant auprès de cette clientèle devrait se composer :

- **dans l'équipe de base :**
  - du résidant lui-même
  - de l'infirmière
  - du préposé
  - de l'éducateur
  - du préposé à l'entretien ménager
  - du technicien en loisirs.

- **dans l'équipe élargie :**
  - du médecin
  - du pharmacien
  - de la nutritionniste
  - de l'ergothérapeute
  - du physiothérapeute ou du technicien en réadaptation physique
  - du travailleur social et/ou du psychologue
  - des bénévoles
  - de la famille.
- **sur demande :**
  - des médecins spécialistes
  - de l'ortophoniste.
- **les partenaires - en plus des CH :**
  - le centre de réadaptation
  - les organismes communautaires
  - les associations
  - les commerçants.

L'intensité de l'intervention de chacun de ces intervenants variera en fonction des besoins des personnes et donc du type d'hébergement requis.

3.3.6 L'environnement

Aménagement et équipement

Le milieu de vie doit favoriser la sécurité et le confort de la clientèle, compenser ses incapacités, réduire les situations d'handicaps, favoriser la réalisation de rôles sociaux, tout en permettant l'intimité pour le client et la santé et sécurité au travail pour les intervenants.

- **L'environnement** doit donc être libre de barrières architecturales (portes larges et faciles d'ouverture, avec commutateurs, éviers, miroirs, pôle dans garde-robe, contrôle des appareils ménagers, accessibilité), pour favoriser l'indépendance.

- **Les chambres suffisamment grandes pour :**
  - y recevoir (amis, enfants, conjoint...)
  - y installer téléviseur, vidéo, système de son, ordinateur, réfrigérateur (infrastructure électrique suffisante)
  - y circuler librement (déplacements en fauteuil roulant et transferts).

On devrait y permettre une décoration personnalisée et **l'équiper** d'un système de levier sur rail, d'un lit électrique avec commandes accessibles et d'un thermostat avec contrôle individuel.

- **La salle de bain devrait être suffisamment grande pour :**
  - faciliter les transferts et déplacements entre le bain adapté et/ou la douche adaptée, la table de déshabillage
  - favoriser l'**équipement** d'un système de levier sur rail, d'un système de son...
- **Les salles de toilettes** doivent être accessibles et adaptées.
- **Les espaces communs** doivent être assez vastes pour assurer les déplacements sécuritaires et le regroupement pour des activités et **équipés** de quelques fauteuils confortables (genre «Lazy-Boy») pour la visite ou pour y repositionner certains résidants (système de levier sur rail).
- **Espace repas** doit être équipé de tables ajustables, assiettes et ustensiles adaptés ; l'accessibilité à la **cuisine** et aux électroménagers est importante pour assurer souplesse et indépendance.
- **De petits salons** à vocations multiples devraient être disponibles pour recevoir ou pour permettre la réalisation d'activités selon les intérêts diversifiés.
- De façon générale, **les fenêtres** doivent être suffisamment basses pour favoriser un éclairage naturel et une visibilité en position assise ou semi-couchée.
- **L'éclairage d'ambiance** avec intensité variable.
- **Un accès direct** et facile à l'extérieur est recommandé
- **L'aménagement d'une terrasse** avec patio couvert.

Devrait aussi être disponible, un **système de contrôle de l'environnement** (pour fermer, allumer le système de son, téléviseur, portes...).

Enfin, le milieu résidantiel substitut devra s'assurer que les personnes pourraient compter sur un système de **transport adapté** adéquat.

Types d'hébergement

La décision, pour ces personnes, d'avoir recours à un milieu résidantiel substitut est en réalité largement tributaire des ressources disponibles dans leur milieu de vie naturel pour leur offrir le soutien nécessaire. Les différents types de milieux résidentiels substituts doivent donc proposer un cadre de vie le moins restrictif possible ; l'hébergement institutionnel proprement dit n'étant retenu qu'en réponse aux besoins des personnes requérant un niveau élevé d'encadrement et de soins médicaux.

Les différents milieux résidantiels substituts sont :

- l'hébergement institutionnel, préférablement en îlot de 8 à 15
- les ressources intermédiaires
- les ressources de type familial, maximum de 8 par ressource
- les autres formes (ex. : appartements supervisés, coop...).

Les milieux doivent permettre à la personne de :

- vivre à proximité de son milieu de vie naturel ou de tout autre milieu qu'elle estime propice au maintien de relations significatives
- vivre dans la sécurité et la dignité
- maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible
- poursuivre ses activités en accord avec ses capacités et ses aspirations.

Ils devraient être situés le plus près possible des services communautaires (bibliothèque, cinéma, épicerie-dépanneur, restaurant...).

Considérations particulières

Autant les personnes adultes qu'âgées sont susceptibles de faire partie de cette clientèle. Il est recommandé de jumeler les personnes qui ont des intérêts et des modes de vie similaires, ce qui pourrait impliquer la création de deux unités, soit une pour les adultes et une pour les personnes plus âgées. Il est cependant possible que les différents groupes partagent des aires communes.

LA PROGRAMMATION

POUR CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

3.4 LA PROGRAMMATION POUR CLIENTÈLE PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

3.4.1 La problématique

Historiquement, les centres de réadaptation pour personnes présentant une déficience intellectuelle (CRPDI) n'offraient que des services d'hébergement à l'ensemble des personnes présentant une déficience intellectuelle.

L'intégration sociale est devenue progressivement un enjeu majeur du secteur de la santé et des services sociaux. En ce sens, le législateur a confié comme mission aux CRPDI la responsabilité d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation[25] et d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle et des services d'accompagnement et de support à leur entourage.

Les services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale visent le développement et l'utilisation maximale des capacités psychomotrices, mentales et cognitives de la personne afin de maximiser son autonomie physique, affective et sociale, d'améliorer sa qualité de vie et d'assurer son intégration sociale.

Dans le cadre de ce volet de leur mission qu'est l'intégration sociale, les CRPDI ont, depuis quelques années, travaillé à la désinstitutionnalisation de leur clientèle.

En Montérégie, il ne reste plus « d'internat ». La clientèle, auparavant hébergée dans ces internats, est majoritairement hébergée en ressources plus légères : résidence d'accueil, ressources résidantielles et communautaires...Lorsque cette clientèle ne peut plus bénéficier de services de réadaptation à cause de problèmes physiques ou de santé graves, on l'oriente en CHSLD.

Le réseau des CRPDI ne rejoint pas toutes les personnes présentant une déficience intellectuelle (60% de ces personnes ne sont jamais vues par le CRPDI). Certaines de ces personnes vivent en milieu de vie naturel, sans service des CRPDI et sont supportées par le réseau naturel et communautaire. Advenant la défection du réseau naturel, il arrive que la personne ait besoin d'un milieu de vie substitut. Si les besoins d'adaptation et de réadaptation sont mineurs, elle sera alors orientée en CHSLD.

Dans les 5 dernières années, cette clientèle ne constituait que 2% des demandes d'admission. Les demandes sont encore traitées au cas par cas puisque les critères d'inclusion et d'exclusion des deux réseaux d'hébergement ne sont pas clairement définis et acceptés par les partenaires.

[25] Référence : Article 84 de la Loi sur les services de santé et services sociaux

3.4.2 Le profil de la clientèle

La connaissance des capacités d'un individu et la compréhension des structures et des attentes de son milieu social et personnel sont essentielles pour décrire l'état du fonctionnement de l'individu et pour poser un diagnostic de retard mental.

La définition de la déficience intellectuelle .

La déficience intellectuelle réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu. Elle est caractérisée par des limitations au niveau de l'intelligence et concomitant à des limitations reliées dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives :

- La communication
- les soins personnels
- les habiletés sociales
- l'autonomie
- l'utilisation des ressources communautaires
- la santé et la sécurité
- les habiletés scolaires fonctionnelles
- les loisirs
- le travail.

Le retard mental se manifeste durant l'enfance et le diagnostic doit être posé au plus tard avant l'âge de 18 ans.

Nous reprendrons ici chacun des éléments de la définition donnée ci-haut afin de les préciser davantage :

Le retard mental se réfère à des limitations substantielles dans le fonctionnement actuel d'un individu... Le retard mental est ainsi défini comme une difficulté fondamentale dans l'apprentissage et la réalisation de certaines tâches de la vie quotidienne. Il doit y avoir une limite substantielle dans l'intelligence conceptuelle, pratique et sociale. Ces capacités personnelles sont affectées alors que d'autres (ex : santé, tempérament) peuvent ne pas l'être.

Il est caractérisé par un fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne... Ceci est défini comme un score de Q.I. se situant entre 70 et 75 ou moins, obtenu par une évaluation comprenant un ou plusieurs tests d'intelligence générale administrés individuellement. Ces tests, ainsi que les résultats à d'autres tests et d'autres informations disponibles, devraient être passés en revue par une équipe multidisciplinaire.

Et concomitant... Les limites intellectuelles se manifestent en même temps que des limitations dans les habiletés adaptatives.

A des limitations reliées... Les limitations dans les habiletés adaptatives ont un lien plus grand avec les limites intellectuelles de l'individu qu'avec d'autres circonstances comme la diversité culturelle ou linguistique ou des limitations sensorielles.

Dans au moins deux des domaines suivants d'habiletés adaptatives... La manifestation de limitations dans les habiletés adaptatives est nécessaire puisque le seul fonctionnement intellectuel n'est pas un critère suffisant pour diagnostiquer le retard mental. Des limites fonctionnelles doivent donc se manifester dans au moins deux des domaines d'habiletés adaptatives, montrant ainsi une limitation généralisée et réduisant aussi la probabilité d'erreur de mesure.

La communication, les soins personnels, les habiletés domestiques, les habiletés sociales, l'utilisation des ressources communautaires, l'autonomie, la santé et la sécurité, les habiletés scolaires fonctionnelles, les loisirs et le travail... Ces domaines d'habiletés sont centraux au bon fonctionnement de l'individu et sont souvent reliés au genre de besoins spécifiques de soutien des personnes ayant un retard mental. L'évaluation du fonctionnement d'un individu doit tenir compte de son âge chronologique.

Le retard mental se manifeste avant l'âge de 18 ans... Le dix-huitième anniversaire concorde approximativement avec le moment où les individus de notre société assument leur rôle d'adulte. Dans une autre société, le critère d'âge serait peut-être différent.

Les personnes ayant une déficience intellectuelle possèdent des forces et certaines capacités personnelles qui sont indépendantes de leur retard mental. Le fonctionnement général d'une personne présentant une déficience intellectuelle va généralement s'améliorer si celle-ci reçoit un soutien adéquat et continu. La plupart des individus ayant une déficience intellectuelle vont améliorer leur fonctionnement avec des soutiens adéquats, leur permettant de vivre de façon productive, autonome et intégrée.

Une absence d'amélioration du fonctionnement peut servir de prétexte à la réévaluation des soutiens. Advenant une détérioration de l'état de santé ou l'apparition d'handicaps physiques, le CLSC et/ou les centres de réadaptation peuvent être des partenaires à solliciter selon le lieu de résidence pour travailler conjointement à l'amélioration du fonctionnement.

Dans de rares occasions, les soutiens peuvent ne servir qu'à maintenir un niveau de fonctionnement ou pour ralentir une régression du niveau de fonctionnement. Cette situation est souvent causée par de la comorbidité (troubles mentaux, polyhandicaps, problèmes de santé physique, etc...). Il devient alors de la responsabilité des CHSLD d'offrir un milieu de vie substitut.

Cependant, le CHSLD pourra demander l'intervention du CRPDI pour collaborer aux programmes de soutien à la personne.

Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle accompagnée de comorbidité (polyhandicaps et problèmes de santé physique) définis par les CRPDI, les caractéristiques sont les suivantes :

- ces personnes sont **dépendantes** de leur environnement pour leurs activités de la vie quotidienne. Plusieurs d'entre elles présentent des **troubles sensoriels** et diverses **complications d'ordre médical** selon la présence ou non **d'atteintes organiques** tout au long de leur vie. Les progrès sur le plan de l'autonomie sont **restreints** et elles demeurent grandement **vulnérables** ;

- elles communiquent ainsi leurs émotions, leurs malaises, le refus ou tout autre sentiment mais la grande majorité d'entre elles utilisent un **mode de communication** par le regard, le geste, les expressions faciales, les sons et les cris. Elles sont habituellement comprises par leur entourage immédiat et significatif ;

- au plan de la **motricité**, il est fréquent de rencontrer des personnes adultes ayant des déformations musculo-squelettiques fixes (scoliose, cyphose, pieds équins, etc.) ainsi que des contractures importantes aux membres inférieurs et supérieurs. Les luxations de hanches sont également fréquentes de même que l'ostéoporose. Elles peuvent utiliser un fauteuil roulant (ou civière adaptée) qu'elles ne peuvent propulser elles-mêmes dans la majorité des cas ;

- s'ajoutent des **conditions associées** dont l'épilepsie et la constipation chronique chez la majorité des personnes polyhandicapées. Finalement, d'autres conditions peuvent également être présentes : divers diagnostics du DSM-IV, dysphagie, surdité, cécité, reflux gastro-oesophagien, etc ;

- la principale **cause du polyhandicap** est l'atteinte cérébrale grave précoce touchant presque tous les domaines de l'activité neurologique (intelligence, motricité, intégration sensorielle, etc.). Les étiologies sont diverses (périnatales, anoxies, méningites, causes génétiques, encéphalites) et plusieurs restent encore inconnues ;

- chez ces personnes, il y a apparition précoce de **signes de dégénérescence** due au vieillissement (ex : ostéoporose). Elles démontrent peu d'intérêt et de motivation, allant parfois jusqu'à **l'apathie**. On observera une baisse d'énergie et une grande **fatigabilité**.

Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, provenant du domicile, non connues du CRPDI et référées par le CLSC, certaines peuvent avoir le même profil que celui mentionné ci-haut. Par contre, d'autres présenteront des profils comme ceux-ci :

- La dépendance à leur environnement pour la réalisation des activités de la vie quotidienne est habituellement de modérée à totale. Les progrès sur le plan de l'autonomie sont restreints.

- Leur mode de communication est habituellement altéré ainsi que leur capacité de compréhension.

- Leur motricité peut être adéquate ou s'ajoutent habituellement des conditions associées à surveiller telles l'épilepsie, la constipation. Ce **qui caractérise** cette clientèle est le potentiel peu élevé de réadaptation.

Critères d'inclusion dans le programme

- Personnes adultes présentant une déficience intellectuelle, actuellement hébergée dans le réseau des CRPDI et pour lesquelles, à cause de conditions de santé associées et/ou de polyhandicaps, la réadaptation et l'intégration sociale ne sont plus la majeure de l'intervention.

  Le CHSLD offrira les services d'adaptation.

- Personnes adultes présentant une déficience intellectuelle vivant actuellement dans leur milieu de vie naturel, sans service du CRPDI, soutenues à ce jour par le réseau naturel et communautaire qui ne peut plus assumer la tâche (épuisement, âge, décès...). La majeure est le besoin d'un milieu de vie substitut et la mineure est le besoin de réadaptation et d'intégration sociale.

  Les besoins de services de réadaptation et d'intégration sociale pourront être dispensés avec la collaboration du CRPDI.

Critères d'exclusion du programme

- Toute personne présentant une déficience intellectuelle, qui possède un **potentiel de réadaptation** et d'intégration sociale et ce, malgré des problèmes de santé ou des handicaps physiques.

  Celle-ci sera inscrite dans le réseau de ressources d'hébergement du CRPDI.

- Toute personne présentant une déficience intellectuelle ayant des **troubles de comportement très perturbateurs** présentant un danger majeur pour eux ou pour l'environnement.

  Celle-ci sera admise dans un centre à vocation régionale ou supra-régionale.

Il faudra identifier clairement selon des grilles à définir conjointement (CHSLD et CRPDI), la notion de « potentiel de réadaptation et d'intégration sociale » ainsi que le niveau déterminant l'implication de chacun des partenaires.

Une entente préalable à l'admission devra être écrite pour spécifier :

- Un suivi formel par l'équipe du CRPDI précisant le niveau d'implication dans le processus d'évaluation continue, l'élaboration du plan d'intervention, la réalisation d'activités d'adaptation, de réadaptation ou d'intégraton sociale.

Ces critères présupposent une complémentarité entre les divers partenaires, soit les CHSLD, les CRPDI, le CR et les CLSC.

3.4.3 Les cibles d'intervention

Elles viseront au besoin à :

- monitorer l'état de santé physique
- compenser les incapacités par accompagnement aux activités de la vie quotidienne
- stimuler les capacités à participer (ex : par conscientisation corporelle)
- favoriser la socialisation
- adapter des modes de communication pour entrer en relation
- décoder à travers les troubles de comportement ou le non verbal, les malaises physiques, les aversions, les goûts, etc...
- assurer le confort et le bien-être
- diminuer le stress, apaiser, détendre
- assurer la protection et la sécurité
- assurer la stimulation appropriée.

La qualité de l'intervention est assurée par :

- l'établissement d'une relation significative
- l'adaptation des moyens de communication
- l'adaptation du rythme à celui de la personne
- la stimulation de la conscience corporelle.

Selon le besoin :

Des programmes de soutien pourraient être mis en place en partenariat avec les CRPDI. Le partenariat avec les centres de réadaptation est aussi important dans les situations de polyhandicap ainsi qu'avec les CH pour les problèmes de santé associés.

3.4.4 Les interventions

Les interventions sont multiples et se dérouleront tout au long de la journée à travers les activités de la vie quotidienne, tâches domestiques, les activités récréatives et sociales et les soins de santé.

Voici les principales interventions qui devront être modulées selon le type de clientèle et ce, sur les plans :

biologique :

- dépistage et traitement continu des symptômes physiques
- participation aux activités de la vie quotidienne à la mesure des capacités
- intégration sensorielle et conscientisation corporelle (massage...)
- stimulation au maintien des acquis (support variable)
- mobilisation passive pour éviter douleurs, contractures,...
- mobilisation active (à la mesure des capacités, ex : marche...)
- positionnement pour faciliter participation, éviter plaies et assurer confort
- alimentation (déglutition, gavage,...).

psychologique :

- dépistage et traitement continu des symptômes psychiatriques
- dépistage et traitement des comportements excessifs
- fournir, si possible et si nécessaire, des moyens (mécaniques ou technologiques) de contrôle de l'environnement
- participation aux activités utilitaires (tâches ménagères...) à la mesure des capacités
- établir relation - liens significatifs
- assurer la sécurité (routine, encadrement et surveillance).

social :

- intégrer le réseau familial ou organiser parrainage
- élaborer des activités de loisirs et de stimulation (zoothérapie, musicothérapie)
- activités de groupe (petits groupes pour éviter la contamination du comportement quand il y a regroupement).

3.4.5 Les ressources humaines

Cette clientèle a besoin de contacts humains et chaleureux. Elle a besoin de sécurité, d'encadrement, de visages familiers, de présences stables et significatives. Il faudra donc assurer **permanence et stabilité du personnel.**

savoir ou connaissance sur :

- la déficience intellectuelle
- les outils d'évaluation et de dépistage des problèmes physiques
- les problèmes de santé physique (dysphagie, gavage, épilepsie...)
- les différents moyens de communication et les modes relationnels
- les techniques de résolution de problème
- le système musculo-squelletique ou des polyhandicaps
- les principes de positionnement
- le processus et ls techniques d'alimentation adaptées
- la technologie de réadaptation (lève-ersonne, fauteuils...)
- le processus d'intégration sensorielle
- les notions de prévention et de gestion des troubles de comporterment.

savoir-faire ou habiletés à :

- entrer en relation avec le résidant et les proches
- communiquer avec les personnes atteintes et leur famille
- travailler en équipe
- appliquer la méthode de résolution de problèmes
- appliquer des techniques de PDSB
- appliquer des techniques d'alimentation adaptée
- appliquer des techniques de mobilisation
- appliquer des techniques de «brushing»
- appliquer les moyens et le matériel de l'approche sensorielle
- utiliser du matériel adapté (fauteuil roulant, équipement de positionnement)
- adapter des stratégies d'apprentissage.

savoir-être ou attitudes :

- créativité
- attitude chaleureuse et emphatique
- curiosité, motivation
- ouverture d'esprit
- capacité à nuancer
- capacité à s'adapter (souplesse)
- patience, persévérance
- capacité à travailler sur le long terme
- capacité d'entrer en relation (personnes, familles, environnement)
- sens de l'observation
- intérêt à travailler avec cette clientèle.

Le travail en équipe est essentiel.

L'équipe de base devrait être composée :

- de l'infirmière
- des préposés
- de l'éducateur.

L'équipe élargie devrait être composée :

- de l'ergothérapeute
- du physiothérapeute
- du nutritionniste
- de l'orthophoniste
- du médecin
- du pharmacien
- du travailleur social
- de l'animateur en loisir
- de la famille ou les proches.

et avoir accès sur demande à :

- des spécialistes (neurologue, psychiatre, physiatre...).

3.4.6 L'environnement

Aménagement et équipement

Pour les polyhandicapés :

un environnement extérieur le plus normalisant possible

- l'accès **facile** à l'extérieur est essentiel, avec aménagement, permettant de sortir en sécurité et de les installer confortablement :

  Ex : patio couvert avec lève-personne sur rail et chaises longues - tables pour y apporter les repas - pavage pour y déplacer facilement les fauteuils ou civières.

un aménagement intérieur

- **chambres** préférablement privées avec décoration personnalisée (avec suffisamment d'espace pour manipulations), équipées :
  - de lit d'hôpital électrique (plus large pour polyhandicapés)
  - d'un lève-personne sur rail
  - d'une toilette adaptée ou chaise d'aisance.

- **cuisine** (ou cuisinette en institution) suffisamment grande pour participation visuelle ou partielle de la clientèle à la préparation ou au service des repas - avec décoration familiale adaptée à l'âge chronologique de la clientèle.

- **salon** suffisamment grand pour regroupement et socialisation et équipé de :
  - téléviseur et système de son
  - fauteuils style «lasy-boy» pour le changement de position
  - lève-personne.

- **salles polyvalentes**, c'est-à-dire locaux plus petits pour 4 personnes maximum, pour éviter la contamination par les cris, par exemple :
  - salle de détente multisensorielle (ex : avec aquarium)
  - salle d'activités (participation aux tâches domestiques).

- **salle de bain** suffisamment grande pour faciliter les déplacements et transferts et équipée de :
  - bain adapté
  - civière
  - lève-personne
  - table à langer.

Il faut prévoir des adaptations mécaniques et technologiques permettant le maintien d'un certain degré d'indépendance.

Il faut éviter toute barrière architecturale (seuils, largeur des portes, hauteur des interrupteurs).

La décoration doit être stimulante, adaptée aux intérêts quoique non infantilisante et adaptée à la moyenne d'âge chronologique.

Type d'hébergement

La création de petits milieux adaptés aux besoins des personnes polyhandicapées :

- résidences communautaires selon le modèle du réseau CRPDI, situées assez près du CHSLD
- petits îlots dans l'institution
- résidences d'accueil (maximum 4)
- îlot dans une ressource intermédiaire.

La localisation près de la communauté n'est pas essentielle pour les personnes polyhandicapés à cause du non-potentiel d'intégration ou de participation.

Pour les autres personnes, non polyhandicapées et ne présentant pas de potentiel de réadaptation, la création de petits milieux :

- résidences d'accueil ou ressources alternatives intégrées à la communauté avec accès faciles aux services et activités communautaires.

LA PROGRAMMATION

POUR CLIENTÈLE NÉCESSITANT DES SOINS DE CONFORT

3.5 LA PROGRAMMATION POUR CLIENTÈLE NÉCESSITANT DES SOINS DE CONFORT

3.5.1 La problématique

Aucun autre réseau n'héberge cette clientèle. Elle ressemble à la clientèle des anciens CHSP (Centres hospitaliers de soins prolongés) ou des USLD (unités de soins de longue durée des CH). Depuis l'intégration des CHSLD et des CAH en faveur de la création d'un seul type d'établissement, soit les CHSLD et la fermeture graduelle des USLD, nous y retrouvons cette clientèle dite « lourde ».

Plusieurs autres facteurs ont contribué à l'augmentation du pourcentage (%) de cette clientèle dans les CHSLD :

- le manque de places en CHSLD qui a fait hausser les critères d'admission de 1.5 heures soins à 3 ou 3.2 heures soins
- l'augmentation des services de maintien à domicile des CLSC qui fait en sorte que la clientèle étant maintenue à domicile plus longtemps, est admise en CHSLD beaucoup plus « lourde »
- l'évolution de la maladie chez les clientèles atteintes de démence ou de maladies dégénératives.

Cette clientèle provient le plus souvent d'une autre unité de vie du CHSLD. Quand elle est hébergée sur une unité où il y a mixité des clientèles, les chances sont qu'elle soit pénalisée, délaissée à cause de ses difficultés à communiquer, à réagir et à se mobiliser. De plus, le « va et vient » constant peut contribuer à la stresser.

3.5.2 Le profil de la clientèle

Il s'agit d'une clientèle dont les individus présentent des atteintes mixtes motrices et mentales, graves à très graves ; elle est alitée et dépendante aux AVQ. Ces atteintes limitent grandement ses capacités de communication et nécessitent de l'aide à la mobilité. Il est à noter que cette clientèle nous arrive, dans la majorité des cas, d'une autre unité de vie du CHSLD.

Ces personnes ont certaines capacités à reconnaître un environnement familier. Elles possèdent une **mémoire affective**, une **conscience émotionnelle** et un certain degré de **reconnaissance sensorielle**. Elles sont capables d'**exprimer leurs besoins**, quoique souvent par des cris ou des sons répétitifs qu'il faut savoir décoder.

Les incapacités de cette clientèle sont multiples et touchent plusieurs sphères :

les activités de la vie quotidienne

- doit être nourrie par une autre personne
- nécessite des soins d'hygiène corporelle par une autre personne (dents, cheveux, manucure, pédicure...)
- doit être habillée par une autre personne
- souffre d'incontinence urinaire et fécale totale et habituelle.

la mobilité

- est grabataire (doit être levée et couchée en bloc)
- la prothèse ou orthèse, s'il y a, doit être installée par une autre personne
- ne peut utiliser un fauteuil roulant (doit être transportée en civière, en fauteuil gériatrique ou dans une base roulante).

la communication

- a des troubles de vision mais voit suffisamment pour participer aux activités quotidiennes ou ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidée dans les activités quotidiennes
- entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort ou nécessite qu'on lui installe son appareil auditif ou n'entend que les cris ou certains mots ou lit sur les lèvres ou comprend par gestes
- a un défaut de langage mais réussit à exprimer sa pensée ou a un défaut grave de langage mais peut communiquer à sa manière certains besoins primaires.

les fonctions mentales

- oublie régulièrement des choses de la vie courante ou souffre d'amnésie quasi totale
- est orientée seulement sur une petite durée (temps de la journée), un petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières ou présente une désorientation complète
- ne comprend que partiellement même après des explications répétées ou ne comprend pas ce qui se passe autour d'elle
- évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si on lui suggère fortement notre opinion **ou encore** n'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place
- peut présenter des troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus intensive (agressivité envers soi ou les autres, dérange les autres).

Du fait de ses déficits et du manque de mobilité, cette personne est très isolée socialement. La famille ou l'entourage éprouve de la difficulté à entrer en contact avec elle et se décourage ou encore s'est épuisée à la soutenir avant son entrée en hébergement.

La communication doit se faire surtout sur le plan non verbal. Il est difficile de garder longtemps la personne en état d'éveil.

De nombreux **problèmes de santé** (insuffisance cardiaque, respiratoire et/ou rénale, diabète, dyspnée, dysphagie, oedème...) sont associés. La douleur, la fragilité de la peau, la vulnérabilité à l'infection et la grande fatigabilité sont à considérer.

Elle peut être vulnérable à l'exploitation et aux mauvais traitements.

Enfin, cette clientèle est, plus que tout autre clientèle, susceptible d'être «en fin de vie».

Critères d'inclusion dans le programme

- troubles cognitifs sévères (aux stades 6 ou 7 à l'échelle de Reisberg pour l'Alzheimer)
- perte des habiletés à la marche et à se déplacer en fauteuil roulant, grabataire
- diminution des capacités à s'exprimer verbalement dans un langage intelligible et à comprendre le langage parlé
- dépendance pour les activités quotidienne de base
- comportements perturbateurs tels l'agitation motrice avec ou sans agressivité et des cris ou sons vocaux répétitifs.

Critères d'exclusion du programme

- état comateux (nécessitant le plateau technique) suite à un traumatisme ou à une autre pathologie
- maladie psychiatrique sans démence.

3.5.3 Les cibles d'intervention

L'**objectif général** de la programmation pour cette clientèle est de favoriser la qualité de vie et le bien-être de la personne en offrant des services adaptés de confort, de réconfort, avec une approche affective dans un environnement sécurisant et sécuritaire.

La **programmation** devra être conçue afin :

- de maintenir les capacités résiduelles (+ sensorielles : goûter, voir, entendre, sentir, toucher) et utiliser la mémoire procédurale
- d'établir une relation positive avec la personne qui se sentira comprise, aimée et en sécurité, grâce à la mémoire affective
- de favoriser la communication non verbale adaptée aux capacités cognitives de la personne
- de devancer la personne dans l'expression de ses besoins et savoir décoder le non verbal
- de miser, dans la relation, sur la mémoire affective
- de créer un milieu familier, thérapeutique et calme
- d'accompagner ou suppléer à la personne dans les activités de la vie quotidienne
- de compenser les incapacités au niveau de la mobilité
- de prévenir et gérer les comportements perturbateurs (fréquence et intensité) tels l'agitation motrice avec ou sans agressivité, les cris ou sons répétitifs, autant que possible par l'application d'approches non pharmacologiques
- d'éviter l'emploi exclusif des moyens de contention chimique et/ou physique
- d'éviter l'exploitation et les situations d'abus
- d'intégrer les familles, les informer et les habiliter à intervenir et à communiquer; les associer aux différentes étapes
- d'accompagner la personne et supporter la famille lors de la « fin de vie »
- de respecter la dignité.

La **qualité de l'intervention** auprès de cette clientèle est assurée par :

- la relation (approche affective) qui devra être privilégiée avant les résultats
- la communication qui devra être adaptée (non verbale, toucher...)
- la prévenance, c'est-à-dire devancer la personne dans l'expression de ses besoins et décoder.

3.5.4 Les interventions

Le confort, la sécurité ainsi que la prévention des complications sont essentiels à la qualité de vie de cette clientèle.

Comme peu d'activités de loisirs peuvent être réalisées, toutes les activités de la vie quotidienne sont prétexte à l'intervention, ce qui veut dire que chacune d'elles peut prendre plus de temps. L'horaire devient souple et le toucher est primordial.

Les diverses interventions suivantes doivent être accomplies avec une façon particulière d'être présent à la personne en très grande perte d'autonomie et de la devancer dans l'expression de ses besoins, puisqu'elle en est incapable (soins de prévenance).

Les diverses interventions sont les suivantes, au niveau :

biologique :

- traitement continu de l'état de santé et prévention des complications
- prévention et traitement de la douleur ou autres symptômes invalidants
- accompagnement complet dans les activités de la vie quotidienne (alimentation, hygiène, habillement)
- mobilisation passive
- installations et déplacements
- aides à la posture pour le confort
- stimulation sensorielle et perceptuelle
- établissement d'un code d'intensité des mesures thérapeutiques
- soins en fin de vie.[28]

Malgré ses atteintes, cette clientèle devra autant que possible, selon son état de santé, être levée, lavée, habillée et déplacée tous les jours, sauf contre indication.

---

[28] Définition tirée de «Un guide des soins en fin de vie aux aînés» p. 9, MSSS

« Ils exigent une approche active et un accompagnement qui assurent le traitement, le soulagement et le soutien aux personnes qui sont atteintes et sont sur le point de mourir de maladies évolutives et chroniques qui menacent leur vie. Ces soins sont attentifs aux valeurs personnelles, culturelles et spirituelles, aux croyances et aux modes de vie et englobent le soutien des familles et des proches allant jusqu'à inclure la période de deuil. »

psychologique :

- adaptation des modes de communication (toucher, expression) lors de toutes les activités
- activités adaptées aux goûts, habitudes...
- présence, sécurité et réconfort
- activités de réminiscence
- observation et décodage des réactions et comportement
- prévention des comportements perturbateurs
- soutien au mourant et à sa famille.

social :

- intégration et support aux familles, proches, personnes significatives
- parrainage pour clientèle plus isolée.

Mise en garde

Pour cette clientèle, il faut faire très attention aux soins excessifs et/ou à la carence de soins (ex : sous-estimation de la douleur).

Les questions d'éthique prennent une grande place. L'établissement d'un niveau d'intervention et les éclaircissements dans son application deviennent un enjeu important (par exemple dans l'alimentation (gavage), les cas de fractures de hanche (réduction).

3.5.5 Les ressources humaines

La relation affective et le décodage des besoins étant des éléments essentiels de la programmation, la stabilité du personnel est un élément de succès. Le personnel doit posséder les compétences clés suivantes, sur les plans :

savoir - connaissance :

- des fonctions cognitives et des conséquences des déficits
- des maladies et des incapacités associées
- du système musculo-squelletique et des incapacités associées
- des techniques de massage, toucher thérapeutique, affectif, aromathérapie, musicothérapie
- des techniques de PDSB
- des organes des sens, de la dégénérescence et de moyens de stimuli
- des soins en fin de vie
- de l'évaluation et du contrôle de la douleur
- de l'éthique portant principalement sur le consentement éclairé ; la procuration, la réanimation, la nutrition et l'hydratation, le soulagement de la douleur
- du processus et des techniques d'alimentation.

savoir-faire - habiletés à :

- appliquer les principes du PDSB
- appliquer la technique de Himlich
- appliquer les techniques d'alimentation
- installer un positionnement
- utiliser des aides techniques
- adapter son rythme à celui de la personne
- utiliser les équipements
- décoder le non verbal, les moyens de communication.

savoir-être - attitudes :

- sens aigu de l'observation
- capacité à entrer en communication
- respect de l'intimité
- capacité d'adaptation
- douceur, chaleur
- esprit d'équipe
- disponibilité à l'autre
- persévérance
- empathie, compassion.

L'**équipe de base** est composée de :

- préposé
- infirmière.

L'**équipe élargie** devrait réunir au besoin :

- médecin
- pharmacien
- nutritionniste et technicienne en diététique
- orthophoniste
- ergothérapeute
- physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique
- inhalothérapeute
- travailleur social ou psychologue
- animateur en loisirs[27]
- pasteur.

La famille ou les proches doivent faire partie de l'équipe interdisciplinaire lors de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'intervention afin de faire connaître la personne, ses habitudes, ses goûts, qu'elle ne peut exprimer clairement et afin de nous pister sur des moyens d'intervention adaptés.

L'équipe interdisciplinaire doit être spécialisée dans les soins en fin de vie et services gériatriques et agir de manière coordonnée, avec une communication assidue entre les intervenants.

---

[27] L'animateur en loisirs agira plus en tant que consultant à l'équipe, que comme intervenant direct.

Il faut apporter du support à cette équipe afin de l'aider à gérer son impuissance et ses deuils. et être attentif afin de leur permettre d'atteindre un niveau d'accomplissement et de réalisation suffisant au maintien de son intérêt.

3.5.6 L'environnement

L'environnement doit être familier et sécurisant, offrant sécurité et confort.

Aménagement et équipement

un environnement extérieur :

- **chambres** à 1 ou 2 lits, assez grandes pour faciliter les transferts, équipées de :
  - lits électriques
  - matelas confortables (pour éviter les plaies)
  - lève-personnes
  - éviers.
- **salles de toilettes,** peu nombreuses - adaptées
  - à remplacer si nécessaire par chaises d'aisance
  - matelas confortables (pour éviter les plaies).
- **salle de bain** multifonctionnelle avec :
  - bain adapté
  - civière
  - lève-personne sur rail.
- **cuisine ouverte** pour favoriser la participation à tout le moins visuelle et relationnelle.
- **salon** avec :
  - quelques fauteuils (genre lazy-boy)
  - lève-personne pour repositionnement dans fauteuils
  - système de son pour ambiance.

- **salle** assez grande pour les activités communautaires et pour permettre l'intégration des familles :
  - évier, armoires, four micro-ondes, réfrigérateur
  - inventaire du matériel de base pour favoriser l'implication du personnel, des bénévoles et familles dans les interventions loisirs (magnétophone, cassettes de musique, volumes, instruments de musique...)
  - aménagement de façon à ce que le milieu soit familier et calme
  - oiseaux, plantes, poissons...
- **salle** pour entreposer équipement.

Type d'hébergement

Îlot en institution d'environ 14 personnes.

Étant donné l'état de ces personnes, la situation géographique, i.e. la proximité ou non des services communautaires est peu importante.

4. LES LIMITES ET LES DÉFIS

4.1 LES LIMITES DE LA DÉMARCHE

Le processus d'élaboration d'une programmation devrait comporter, en plus des paramètres que nous avons développés, d'autres paramètres tels :

- les aspects organisationnels
    - l'organisation du travail
    - la structure d'encadrement
- le budget par programme
- le plan d'implantation
- le processus d'évaluation des programmes.

Il faudra considérer ces aspects dans le plan d'action régional.

Certains seront développés sous le volet ressources humaines, d'autres sous celui des stratégies budgétaires, l'un devant précéder l'autre. Cependant, le protocole d'évaluation devra être défini dans le volet clinique.

D'autre part, le processus d'élaboration d'une programmation se doit d'être évolutif, capable de s'adapter aux changements de besoins détectés et pouvant faire l'objet d'une évaluation, elle aussi évolutive dans le temps. Un programme n'est jamais définitif, ni statique et son contenu doit donc pouvoir continuellement s'ajuster aux nouveaux besoins et exigences liées à d'autres paramètres comme :

- la loi, les règlements
- la disponibilité des ressources
- l'organisation territoriale des services
- la concertation avec les partenaires
- le contexte social, démographique et économique
- les découvertes scientifiques, dont l'évolution des technologies.

D'où la nécessité de mettre en place un comité de vigilance de l'évolution des besoins de la clientèle ou autres exigences qui pourraient nécessiter une adaptation des programmations.

Parmi les aspects développés, des travaux d'approfondissement s'imposent au niveau :

des interventions :

- les activités pour les réaliser devront être spécifiées davantage en termes d'objectifs, durée, fréquence,...

des compétences :

- une démarche de conception devra être entreprise pour le niveau de compétence attendu de chacune des catégories de personnel
- des outils de sélection et une liste des exigences de postes devront être établis pour s'assurer de la compétence du personnel intervenant dans chaque programme spécifique
- des équipes de remplacement présentant le même profil de compétence devront être mises sur pied.

des équipes de travail :

- la contribution de chaque professionnel et l'implication de chacun des services sont à moduler selon les différentes clientèles
- des mécanismes devront être mis en place permettant d'assurer la stabilité du personnel pour maintenir la continuité
- des efforts devront être consentis pour recruter des médecins intéressés à la clientèle en CHSLD et être imprégnés de l'approche « milieu de vie »
- l'accès aux spécialistes devrait être facilité en se dotant d'équipes d'experts en gérontogériatrie sur le plan sous-régional ou régional

de l'environnement :

Les caractéristiques de l'aménagement, les pièces essentielles, l'équipement nécessaire ont été identifiés. Cependant, la grandeur des îlots et leur agencement sur un même étage ou dans des ressources n'ont pas été précisés. Ces éléments sont majeurs pour réduire les effets néfastes d'un transfert qui peut provoquer un bris de continuité.

Des études sur le profil actuel et projeté de la clientèle devront être faites pour chaque territoire afin de déterminer le nombre d'îlots nécessaires dans chaque sous-région. Advenant une sous-représentation d'un type de clientèle sur un territoire, des arrangements devront être faits avec un autre territoire ou sur une base régionale. On devra mesurer l'impact potentiel sur les personnes d'un éloignement de leur réseau naturel. On devra aussi se pencher sur le juste équilibre entre les besoins d'un environnement spécifique pour un type de clientèle et la polyvalence nécessaire pour s'adapter à l'évolution du nombre et du profil des clientèles.

Enfin, **certaines questions** n'ont pas été développées mais ont été soulevées dans les comités de travail. Elles nécessitent une réflexion plus poussée :

- l'éthique et la bioéthique

  par exemple pour :

  - l'établissement des niveaux d'intervention
  - le gavage
  - la négligence, les abus et mauvais traitements
- la consommation abusive de médicaments et ses effets
- l'utilisation des contentions
- les troubles de comportement qui ne s'atténuent pas malgré une programmation adaptée
- la clientèle de moins de 18 ans
- le transport adapté
- la nutrition.

4.2 LES DÉFIS

4.2.1 Les défis liés à la qualité de l'intervention

Afin de dispenser des soins et des services de qualité dans des milieux de vie adaptés, il faut que certains principes soient respectés à chacune des étapes et que des ententes ou des modalités soient établies par consensus.

La référence et l'admission

Les demandes d'admission doivent être bien documentées pour assurer une orientation adéquate. Il en va du succès de la programmation par clientèle qui est basée sur la réponse aux besoins d'une clientèle relativement homogène et bien ciblée.

D'où la nécessité de développer conjointement avec les réseaux référents, des outils complémentaires à l'outil d'évaluation multiclientèles, permettant de bien évaluer les caractéristiques des personnes et d'appliquer les critères d'inclusion et d'exclusion établis, par exemple :

- le potentiel de réadaptation et d'intégration sociale dans le cas de la déficience intellectuelle
- les démences à caractère réversible ou irréversible.

On devrait éviter de « placer » une personne en CHSLD si ce n'est pas sa place, ni de l'admettre dans une unité qui ne lui convient pas. C'est risquer de provoquer une détérioration de son état de santé physique et psychologique et de lui faire vivre indûment des ruptures.

Cependant, il est aussi essentiel de pouvoir accueillir rapidement une personne qui en a besoin et lui éviter des délais nuisibles à son intégrité même s'il n'y a pas de place dans l'unité qui lui convient (selon l'évaluation).

D'où la nécessité de créer une unité de transition ou toute autre modalité.

Une entente préalable à l'admission devra être faite avec le réseau qui a l'expertise concernant la problématique de la personne à admettre (ex : le réseau en déficience intellectuelle, en santé mentale ou en déficience physique) afin de supporter dans l'évaluation initiale de la personne, l'établissement de son plan d'intervention et même le support à la réalisation d'une partie de ce plan si nécessaire.

Suite à une entente précédant l'admission, la responsabilité du réseau référant pourra même aller jusqu'à reprendre la personne admise si elle a été mal orientée, si elle ne s'adapte pas ou encore si elle présente des comportements non contrôlables.

Le processus d'accueil

La personne et sa famille devraient pouvoir être accueillie par du personnel libéré ce jour là, des formalités clinico-administratives. Celles-ci devraient être faites en préadmission grâce à la collaboration des référents.

Une visite préadmission est souhaitable pour :

- la visite des lieux
- les informations sur les services
- le support dans la démarche de placement.

La chambre de la personne devrait être libérée lors de la visite pour faciliter l'intégration lors de l'arrivée :

- la chambre du résidant devrait être aménagée avec des effets personnels et des objets familiers
- l'intégration devrait pouvoir être graduelle si nécessaire.

Il faut donc prendre le temps :

- de supporter et respecter la famille du précédent résidant dans son processus de deuil ou d'acceptation, de préparation et réalisation d'un transfert
- l'accueillir le nouveau résidant et ses proches de la façon la plus appropriée.

4.2.2 Défis reliés à l'expertise des CHSLD

- Dans l'implantation de **réseaux intégrés de services**

Titulaire d'une expertise reconnue en matière d'hébergement et de développement de divers milieux de vie adaptés, le CHSLD doit jouer un rôle moteur dans l'implantation et le fonctionnement d'un réseau intégré de services aux adultes en perte d'autonomie.

En partenariat avec les autres établissements (CLSC,CH, CR) de son milieu, il est un acteur majeur dans la mise en place du volet « hébergement », composante essentielle d'un réseau de services intégrés, en amont et en aval du continuum de services. En amont, par son offre de centres de jour et hôpitaux de jour, de services d'hébergement temporaire, de convalescence et de places de transition (évaluation-orientation) et en aval avec des ressources d'hébergement permanentes (institution, ressources alternatives, résidence d'accueil...). Il appartient au CHSLD aussi de fournir son « savoir-faire » dans la mise en place d'une gamme diversifiée de services adaptés aux besoins des clientèles en perte d'autonomie.

- Dans la recherche de **solutions innovatrices d'hébergement**

Au fil des ans, les CHSLD ont contribué au développement de nouvelles ressources d'hébergement. Il existe des pistes prometteuses de solutions pour répondre à des problématiques particulières. La somme des connaissances et du « savoir faire » accumulés doit continuer de servir à l'émergence de concepts novateurs. Sur cette lancée, le CHSLD doit s'ouvrir de plus en plus à la recherche de nouvelles visions de milieux de vie. Il doit aller de l'avant dans sa quête de projets toujours mieux adaptés aux besoins nouveaux d'une clientèle qui change. Ces besoins doivent être identifiés par un dépistage actif et une vigilance perspicace sur son territoire. Il doit éviter le repli et s'ouvrir sur la communauté et même sur le monde :

- être à la fine pointe des développements démographiques, sociologiques, technologiques et cliniques
- être ouvert et critique aux expériences et projets initiés ailleurs et les adaper aux besoins d'ici.

- Dans le développement de **l'expertise gérontogériatrique**

Le vieillissement de la population projettera les CHSLD au premier plan des milieux de recherche, formation et d'enseignement en gérontogériatie. En partenariat avec les institutions d'enseignement et les organismes dédiés à la recherche clinique et sociale, les CHSLD peuvent occuper une place non négligeable. Ils doivent donc développer leur expertise afin de se positionner comme entité incontournable lorsqu'il s'agit de recherche, formation ou enseignement en gérontogériatrie.

Que ce soit pour la recherche sur la maladie d'Alzheimer, les médicaments, les appareils et équipements adaptés, les aptitudes, les attitudes, les approches..., les CHSLD peuvent assurément relever le défi d'être à la fine pointe de l'excellence et de la qualité des interventions gérontogériatriques.

Pour ce faire, ils doivent se doter d'intervenants qualifiés, de milieux de vie variés, pour actualiser une programmation adaptée à chaque clientèle et ce, sous l'éclairage d'une philosophie d'intervention humaniste.

L'ensemble de cette démarche ne sera rendue possible que par une philosophie de gestion cohérente qui viendra guider et arrimer toutes les actions aux plans de ressources humaines, des immobilisations et des stratégies budgéraires.

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

AQG. Comité de formation - « Émergence d'une nouvelle culture de la formation en gérontologie - Le gérontophile » - Vol. 21 - no.4

Association des CLSC et des CHSLD du Québec - «Mémoire - Pour des milieux de vie et de soins de qualité en centre d'hébergement et de soins de longue durée», p.1 - 1999

Bowker, L.H. (1982). « Humanizing institutions for the aged », Lexington : D.C. Health &Co.

Charte des droits et libertés du Québec.

Comité conjoint RRSSSM et Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie - «Inventaire des clientèles particulières en Montérégie» - juin 1999

Hébert Réjean, Desrosiers Johanne - « Évaluation de l'autonomie fonctionnelle » L'actualité médicale - février 1989

Institut universitaire de gériatrie de Montréal - « Un milieu de vie pour les aînés » - 1998

Institut universitaire de Sherbrooke « Programmation pour la clientèle désirant exercer son autonomie et être reconnue dans sa compétence d'agir » - oct. 1998

Lévesque L., Roux C., Lauzon S. « Alzheimer comprendre pour mieux aider » du Renouveau pédagogique - 1990

MSSS - « Document de travail du comité aviseur sur l'organisation et la dispensation des services en CHSLD » - février 2001

MSSS « Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Un continuum intégré de services en déficience physique » - 1996

MSSS. « Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. » L.R.Q. c. - S-4.2. Article 83

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - « L'exercice infirmier en soins de longue durée - Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie » - 2000

Tétreault, Marie-Hélène et Passini, Romedi. « CHSLD : évolution des modèles d'interventions environnementales ». Le gérontophile, Vol. 22 - no.2

ANNEXE 1

INVENTAIRE DES CLIENTÈLES

INVENTAIRE DES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES EN MONTÉRÉGIE

(CHSLD PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS)

INVENTAIRE QUANTITATIF ET QUALITATIF
RAPPORT FINAL

À L'ATTENTION DU :

COMITÉ CONJOINT RRSSSM ET RCCM
(Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Montérégie)
(Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie)
SUR LES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES EN CHSLD

Préparé par :

Gilles Bellemare
Gestion Gibel Santé Plus Inc.

(Version corrigée - août 1999)

INTRODUCTION

Le rapport final qui vous est présenté fait suite au dépôt du rapport préliminaire (document de travail) déposé en mai 1999 à la Table des services cliniques. Il fait état des résultats recueillis auprès des établissements CHSLD publics et privés conventionnés en relation avec le questionnaire distribué en mars 1999 et validé une seconde fois en juin 1999 par les établissements participants.

Ce rapport est présenté aux membres du comité conjoint (RRSSSM et RCCM) sur les clientèles particulières en Montérégie pour fin d'approbation et sera ensuite acheminé aux participants qui ont investi temps et énergie pour compléter les informations qui constituent l'essentiel de l'inventaire quantitatif et qualitatif sur les clientèles particulières en CHSLD.

Le rapport final sera ultérieurement déposé à la Table des directeurs généraux des CHSLD et des CLSC de la Montérégie au début septembre 1999.

MANDAT ET OBJECTIFS DU COMITÉ CONJOINT ET DU CONSULTANT

Le mandat de réaliser cet inventaire origine du comité conjoint (CHSLD-RRSSSM) sur les clientèles particulières en CHSLD et ce, dans le cadre des priorités d'action 1999-2000 de la Table des directeurs généraux et de la Table des services cliniques de la Montérégie.

Les <u>OBJECTIFS</u> du comité conjoint sont :

1. Identifier les clientèles particulières qui ne cadrent pas dans la programmation actuelle des CHSLD (consécutivement à la réforme) en raison :

   - de comportements dysfonctionnels et dérangeants.
   - de besoins d'une programmation adaptée et spécifique.
   - du manque de services appropriés à leurs besoins.

2. Réaliser une typologie de ces clientèles en tenant compte de :

   - Leur nombre actuellement hébergé en CHSLD dans la région.
   - Leurs caractéristiques et leurs besoins.
   - La (les) programmation (s) requise (s).
   - Leur fréquence d'admission annuelle.

3. Déterminer des pistes de solutions qui permettront d'assurer la quantité et la qualité de services requis par ces clientèles dites particulières et dysfonctionnelles.

Le mandat a été confié à Gilles Bellemare de la Firme Gestion Gibel Sant Plus Inc. Il comprend :
- La confection du questionnaire de cueillette d'information.
- Les contacts et les entrevues individuelles avec les établissements.
- La production d'un rapport au comité pour le début mai 1999.

MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL PROPOSÉ

<u>Mandat général</u> < À partir de l'inventaire quantitatif sommaire réalisé par la Table des services cliniques des CHSLD (automne 1998) sur la présence de clients hébergés avec des problématiques particulières. Réaliser un inventaire quantitatif

et qualitatif de ces clientèles comprenant les besoins identifiés en programmation adaptée, en services appropriés ou traitements spécifiques requis >

Méthodologie : La méthodologie de travail qui a été retenue par le consultant et validée par les membres du comité conjoint :

1. Procéder à l'analyse de l'inventaire quantitatif sommaire réalisé par la Table des services cliniques des CHSLD de la Montérégie à l'automne 1998.

⇒ Ce travail a été réalisé par le consultant avec la participation du coordonnateur-mission CHSLD du Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie (Claude Dallaire) et de Danielle Benoît de la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Montéregie (Fin février 1999)

2. Préparer, faire valider et envoyer un outil de collecte de données (questionnaire) permettant de réaliser l'inventaire quantitatif et qualitatif des clientèles visées. (Fin mars 1999)

⇒ Ce travail a été réalisé par le consultant et a été constitué des étapes suivantes :
   - Validation de l'outil par les intervenants-pivots (Claude Dallaire-Danielle Benoît et Gérard Fortin)
   - Pré-test dans trois (3) établissements (Foyer de Châteauguay – C.A Henriette Céré et C.A Laurent Bergevin)
   - Présentation de l'outil au comité conjoint sur les clientèles particulières et validation de la démarche (17 mars 1999)
   - Envoi du questionnaire dans le réseau CHSLD de la Montérégie.

3. Rencontrer et ou contacter les intervenants-ressources des établissements publics et privés conventionnés afin de compléter la collecte des informations.

⇒ Ce travail a été réalisé par le consultant (Avril 1999) et a été constitué de 13 rencontres avec les intervenants responsables de compléter le questionnaire et de plusieurs contacts téléphoniques. Les établissements et/ou installations rencontrés ont été :
   - Centre Rouville (Résidence Ste-Croix – Résidence St-Joseph – Résidence Val- Joli)
   - CH Huntingdon
   - Réseau Santé Richelieu Yamaska (Hôtel-Dieu)
   - CHSLD et CLSC de la Vallée des Forts (C.A Champagnat d'iberville)
   - CHSLD du Bas Richelieu (Hôpital Général de Sorel)
   - CHSLD de Longueuil
   - CHSLD Horace Boivin (Centre de Waterloo)
   - CHSLD du Littoral (Foyer La Jemmeraie)
   - C.A Marcelle Ferron
   - C.A Gertrude Lafrance
   - Établissements en pré-test (Centre Henriette Céré – C.A Laurent Bergevin – Foyer de Châteauguay)

4. Préparer une ébauche de rapport (rapport préléminaire) résultant de la consultation auprès des établissements et faire valider auprès du mandataire.

⇒ Ce travail a été réalisé par le consultant. Le rapport préliminaire a été présenté aux intervenants-pivots (Claude Dallaire-Danielle Benoît), au comité conjoint et à la table des services cliniques (6 mai 1999). Une seconde validation auprès des établissements a été demandée afin d'apporter les correctifs nécessaires aux résultats obtenus.

5. Procéder à une seconde validation des données afin de valider l'exactitude des réponses et d'apporter les correctifs résultant des incompréhensions des participants.

⇒ Ce travail a été réalisé par les établissements concernés (Fin mai 1999) et le consultant a apporté les correctifs requis.

6. Produire le rapport final résultant du mandat initial et des ajustements requis par le mandataire.

⇒ Ce travail a été complété par le consultant (Mi – juin 1999)

7. Présentation du rapport au comité conjoint, à la Table des services cliniques en CHSLD et à la Table des directeurs généraux des CHSLD et des CLSC.

⇒ La présentation au comité conjoint prévue pour le 14 juin 1999 a dû être reportée au 30 juin 1999. La présentation à la table des services cliniques des CHSLD se fera en août 1999 et à la table des directeurs généraux des CHSLD et des CLSC en septembre 1999.

INVENTAIRE QUANTITATIF DES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

L'inventaire quantitatif est présenté sous forme de tableaux compilant les données recueillies auprès des établissements.

Tableau 1 : Données recueillies par sous-région en fonctions des types de clientèles hébergés en établissements et par installations.
Tableau 2 : Portrait régional des données recueillies par établissements et par installations.

INVENTAIRE QUALITATIF DES CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

L'inventaire qualitatif fait état de l'ensemble des caractéristiques et des besoins identifiés par les participants des établissements CHSLD de la Montérégie.

Tableau 3 : Inventaire global des caractéristiques et besoins identifiés par les participants en fonction des types de pathologies.

ÉLÉMENTS DE PROGRAMMATION

Cette section présentée sous forme de tableau fait état des réponses recueillies auprès des participants des établissements concernant l'existence ou non de programmes spécifiques et le besoin de développement en la matière.

Tableau 4 : Réponses concernant la programmation en fonction des types de pathologies.

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS DU CONSULTANT

Constats : (suite aux rencontres avec les participants)

⇒ Il existe des écarts importants entre les établissements (au niveau de l'organisation physique et matérielle des lieux, de l'organisation des soins, des ressources financières, humaines et informationnelles etc...) ce qui influence grandement sur la quantité et la qualité de vie et de soins offerts aux clientèles particulières.

⇒ Les établissements mieux nantis (ressources financières, matérielles et humaines) rencontrent moins de problèmes avec les clientèles particulières et sont généralement mieux organisés pour faire face à cette nouvelle réalité.

⇒ Certains établissements ont développé des expertises très intéressantes en regard de plusieurs types de clientèles particulières. Il serait avantageux d'exporter ces expertises pour le mieux-être des clientèles particulières et des intervenants.

⇒ Les établissements (participants) identifient clairement les besoins de formation, le support aux intervenants, le développement de programmes spécifiques, la présence de personnel spécialisé, la création d'unités spécifiques et/ou spécialisées et l'ajout de ressources dans certains cas comme solutions à une amélioration des services et des soins à dispenser aux clientèles particulières.

Constats : (analyse sommaire des données recueillies - portrait régional)

⇒ Les déficits cognitifs (démences et maladie d'alzheimer) et les troubles de santé mentale représentent un pourcentage important des clientèles particulières (45%). Ils représentent une préoccupation importante pour la majorité des établissements en raison des troubles de comportement qui y sont associés (15%)

⇒ Les déficiences physiques (scléroses en plaques, maladie de Parkinson et autres pathologies) représentent 9% de la clientèle hébergée et le sont souvent sans programmation et formation spécifique. Les troubles de comportement associés à ces pathologies représentent 1,5% de ces clientèles particulières.

⇒ La déficience intellectuelle représente 2,6% de la clientèle hébergée avec un taux de 0,8% de troubles de comportement.

⇒ Les troubles de comportement perturbateur identifiés représentent 21% de la clientèle hébergée et sont fort probablement la principale cause de soucis des établissements. Il s'agit là d'une préoccupation majeure en Montérégie.

⇒ Les clientèles particulières représentent environ 64% de la clientèle hébergée et sont la nouvelle réalité des établissements.

Constats : (analyse sommaire des besoins identifiés – portrait régional)

⇒ Le développement de programmes spécifiques (approche prothétique, psychogériatrique et de santé mentale) pour supporter les intervenants et le développement de programmes de formation apparaissent comme prioritaire pour l'ensemble des établissements.

⇒ La création d'unités spécifiques pour certains types de clientèles (traumatismes crâniens etc...) et la mise en place d'unités prothétiques semblent prioritaires pour les établissements. L'expertise deviendra une clé de réussite.

⇒ La mise en place des équipes de santé mentale et de psychogériatrie dans l'ensemble des sous-régions semblent également prioritaire.

⇒ Certains services (réadaptation, psychologie, services sociaux et activités adaptées) devront être rehaussés ou mis en place afin d'assurer le support professionnel nécessaire aux intervenants des établissements.

Ces constats représentent seulement une analyse très sommaire des résultats de l'inventaire sur les clientèles particulières en Montérégie.

Recommandations : (opinion personnelle du consultant)

⇒ Que le comité de travail procède à l'analyse approfondie de l'inventaire.

⇒ Que le comité de travail élabore rapidement un plan de travail afin de déterminer des pistes de solutions pour pallier à la nouvelle réalité des clientèles particulières en CHSLD.

⇒ **Que le comité de travail produise un rapport sur les solutions à envisager (court-moyen et long terme) et qu'il le dépose aux instances décisionnelles pour fins d'orientations à développer et d'actions immédiates à prendre.**

⇒ **Que certaines mesures soient mises en place à court terme afin de pallier à l'essoufflement des établissements et afin d'assurer les services essentiels aux clientèles particulières en Montérégie.**

Gilles Bellemare
Gestion Gibel Inc.
(21 août 1999)

ANNEXE 2

LISTE DES COLLABORATEURS

Rédaction du cadre de référence
Flore Barrière

avec la collaboration de Monique Benoit
pour le chapitre « Philosophie et modèle d'intervention »

Secrétariat
Nicole J. Lusignan

COMITÉS CLIENTÈLE

Clientèle atteinte de démence

Bilodeau, Julie	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Couture, Nicole	CHSLD Champagnat
Daigneault, Serge	CHSLD Horace-Boivin
Dubé, Gilberte	Société Alzheimer Rive-Sud
Dupuis, Luce	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Fortin, Gérard	CHSLD Tréfle d'Or
Girard, Francine	CHSLD Horace-Boivin
Jeté, Paule	Société Alzheimer Rive-Sud
Langlois, Luc	CHSLD Longueuil
Lepage, Mélanie	CH Granby
Normandeau, Louise	RRSSSM - DOSC
Pellerin, Diane	CHSLD du Littoral
Poison, Pauline	CHSLD Vallée du Richelieu
Poulin, Christiene	CHSLD Vallée du Richelieu
St-Michel, Monique	CHSLD les Trois-Rives
Tétreault, Lucie	Centre Rouville

Clientèle atteinte de troubles mentaux

Bernard, Diane	CHSLD Longueuil
Bessette, Jules	CH du Haut-Richelieu
Bilodeau, Jeanine	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Dextraze, Lucie	CH du Haut-Richelieu
Garneau, Louise	CH Granby
Gontier, Michel	RRSSSM - DOSC
Lapointe, Michel	CHSLD Horace-Boivin
Michon, Colette	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Pilon, Jacqueline	CH Granby
Richard, Dainel	CHSLD du Littoral
Roy, Frédérick	CHSLD du Littoral

Clientèle présentant une déficience physique

Beauregard, Sylvain	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Castonguay, Francine	CHSLD du Littoral
Chagnon, Michel	CHSLD Champlain
Comtois, Marie-Josée	Association canadienne de la sclérose en plaques
Coulomge, Armand	CH du Haut-Richelieu
Fallon, Céline	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Gagnon, René	CHSLD Horace-Boivin
Jacques, Lucille	Ressource l'Auberge au Foyer
Lacasse, Monique	CHSLD Vallée du Richelieu
Latulipe, Chantal	CH Granby
Limoges, Gisèle	CA Chevalier de Lévis
Noiseux, Ginette	CHSLD Horace-Boivin
Pelletier, Alain	CHSLD des Maskoutains
Tremblay, Luc	RRSSSM - DOSC

Clientèle présentant une déficience intellectuelle

Beauchemin, Pierre	CHSLD de la Pommeraie
Belley, Richard	CHSLD Horace-Boivin
Brisebois, Agathe	CLSC Huntingdon
Guénette, Michel	CHSLD de la Pommeraie
Mignault, Christiane	CLSC - CHSLD de la Pommeraie
Pomerleau, Pierre	Le Renfort
Ricard, Jean-Marc	RRSSSM - DOSC
Simard, Marie-France	Réseau-santé Richelieu-Yamaska

Clientèle nécessitant des soins de confort

Bélanger, Richard	CHSLD Champagnat
Bernier, Bruno	CHSLD Trèfle d'Or
Cartier, Nathalie	CHSLD Horace-Boivin
Courville, Kenneth	Centre gériatrique Courville
Fontaine, Lucie	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Grégoire, Christian	Centre Rouville
Grenier, Mireille	CHSLD de la Vallée du Richelieu
Heppell, Lynda	CHSLD du Bas Richelieu
Houde, Marie-Claude	Hôpital du Haut-Richelieu
Laliberté, Louise	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Larivée, Louise	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Morin, Pierre	CHSLD Horace-Boivin
Normandeau, Louise	RRSSSM - DOSC
Rancourt-Morin, Francine	CHSLD Longueuil

COMITÉ ORGANISATEUR

Audet, Jocelyne	RRSSM - Communications
Barrière, Flore	RRSSSM - DOSC
Bélisle, Lise	CHSLD des Trois-Rives (directeur général)
Bellemare, Gilles	Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie (coord.)
Benoit, Monique	RRSSSM - DSPPE
Benoit, Philippe	RRSSSM - DRH
Fortin, Gérard	CHSLD Trèfle d'Or (DSI)
Fournelle, Bernard	CHSLD Horace-Boivin (directeur général
Gauthier, Johanne	RRSSSM - DOSC
Lambert, Colete	CLSC-CHSLD de la Pommeraie (directrice des programmes)
Lepage, Luc	Réseau-santé Richelieu-Yamaska (directeur général par intérim)
Normandeau, Louise	RRSSSM - DOSC
Thériault, Sophie	RRSSSM - DTS
Avec la contribution de	
Bélanger, Diane	RRSSM - DRH
Gagnon, Francine	RRSSSM - DCSG
Villeneuve, Lynn	RRSSSM - DSPPE

COMITÉ DRH

Barrière, Flore	RRSSSM - DOSC
Beauchemin, Pierre	CLSC-CHSLD La Pommeraie
Bélanger, Diane	RRSSSM - DRH
Bellemare, Gilles	Regroupement des CHSLD et des CLSC de la Montérégie
Benoit, Philippe	RRSSSM - DRH
Lapointe, Michel	CHSLD Horace-Boivin
Lepage, Luc	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Lévesque, Joanne	CHSLD des Trois-Rives
Quintal, Jean	Réseau-santé Richelieu-Yamaska
Bibeau, Lynda	Consultante
Boisvert, Jean-Claue	Consultant

QUEL MILIEU DE VIE POUR NOS AÎNÉS ?

Raymond MINGER
Directeur général
Maison de Retraite du Petit – Saconnex
GENÈVE

LA MAISON DE RETRAITE DU PETIT – SACONNEX AUJOURD'HUI

Maison de Retraite
du Petit-Saconnex

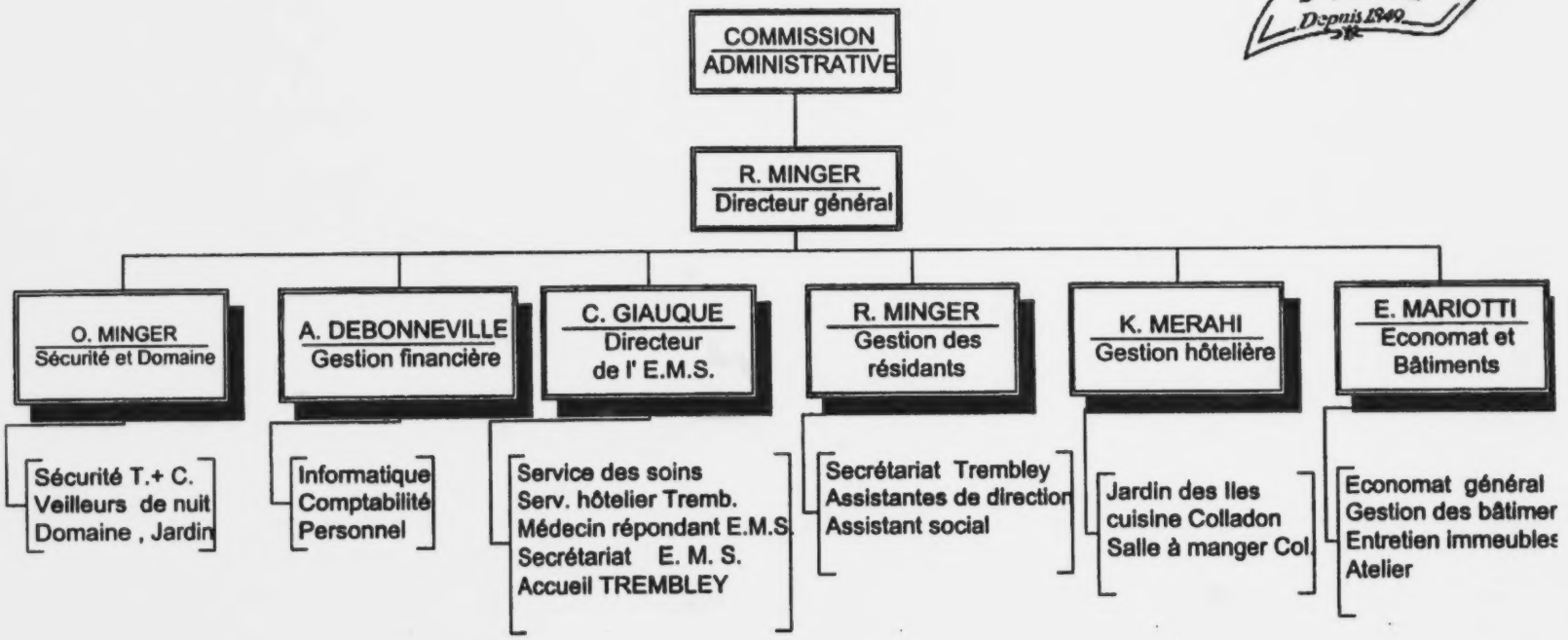
STATUT / ORGANISATION

LA MAISON DE RETRAITE DU PETIT – SACONNEX

- INSTITUTION DE DROIT PUBLIC
- CRÉÉE PAR UNE LOI CANTONALE (1849)
- GÉRÉE PAR UNE COMMISSION ADMINISTRATIVE (POLITIQUE)
- DIRIGÉE PAR UN DIRECTEUR GÉNÉRAL QUI PRÉSIDE UN COMITÉ DE DIRECTION

M.R.P.S.

ORGANIGRAMME GENERAL



M. I P. S.

- 432 PERSONNES ÂGÉES
- 112 APPARTEMENTS
- 100 STUDIOS INDIVIDUELS
- 194 LITS MÉDICALISÉS (E.M.S.)
- 6 LITS SÉJOURS TEMPORAIRES (UAT.)
- 270 COLLABORATEURS
- UN BUDGET DE FR 25'000'000.-

PHILPSOPHIE DE PRISE EN CHARGE

Depuis sa création en 1859, la M.R.P.S accueille des personnes âgées encore indépendantes au plan des activités courantes de la vie quotidienne.

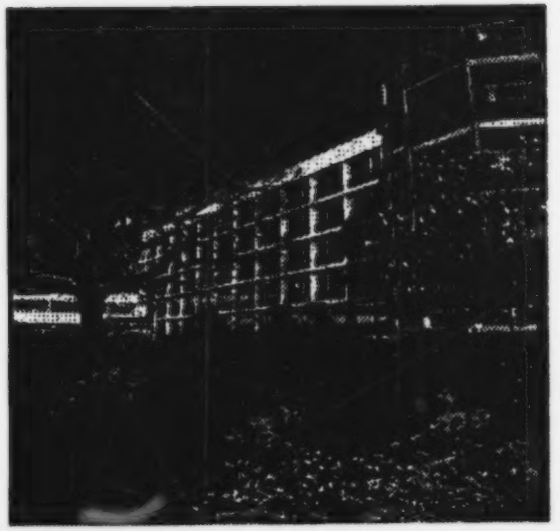
Personne n'entre sans l'avoir choisi et après avoir attendu un certain temps

Les Résidants reçoivent à l'entrée la certitude de pouvoir rester jusqu'à la fin de leur vie, quel que soit l'évolution de leur état de santé

Déclaration d'intentions

- LA M.R.P.S. DOIT GARDER UN MÉLANGE DE POPULATION
  (social, santé, dépendance, religion et sexe)
- ELLE DOIT RESTER UN CHOIX ACCESSIBLE POUR NOS AÎNÉS
- CONTINUER À ACCEPTER DES PERSONNES INDÉPENDANTES À L'ENTRÉE EN LEUR GARANTISSANT LA POSSIBILITÉ D'Y FINIR LEURS JOURS

Les différentes facettes de la M.R.P.S.



E. M. S.

Établissement Médico - Social

- 194 LITS MÉDICALISÉS
  - **Reçoit** les Résidants de la M.R.P.S dont l'état de santé ne permet plus de vivre en appartement à Colladon, Trenbley ou à domicile.
  - **Prix** de base, fr 169.- par jour
    plus les forfaits Ass.-maladie et État de Genève
  - **Attente** env. 1 an, (variable)
  - **Localisation** bâtiments CÊDRES, ÉRABLES

U. A. T.

Unité d'Accueil Temporaire

- **6 LITS MÉDICALISÉS**
  - **Reçoit** des personnes âgées qui vivent à domicile, pour des courts séjours.
  - **Prix** de base, fr 137.- par jour plus les prestations à l'acte. (Ass.-maladie)
  - **Localisation,** bâtiment les CÊDRES

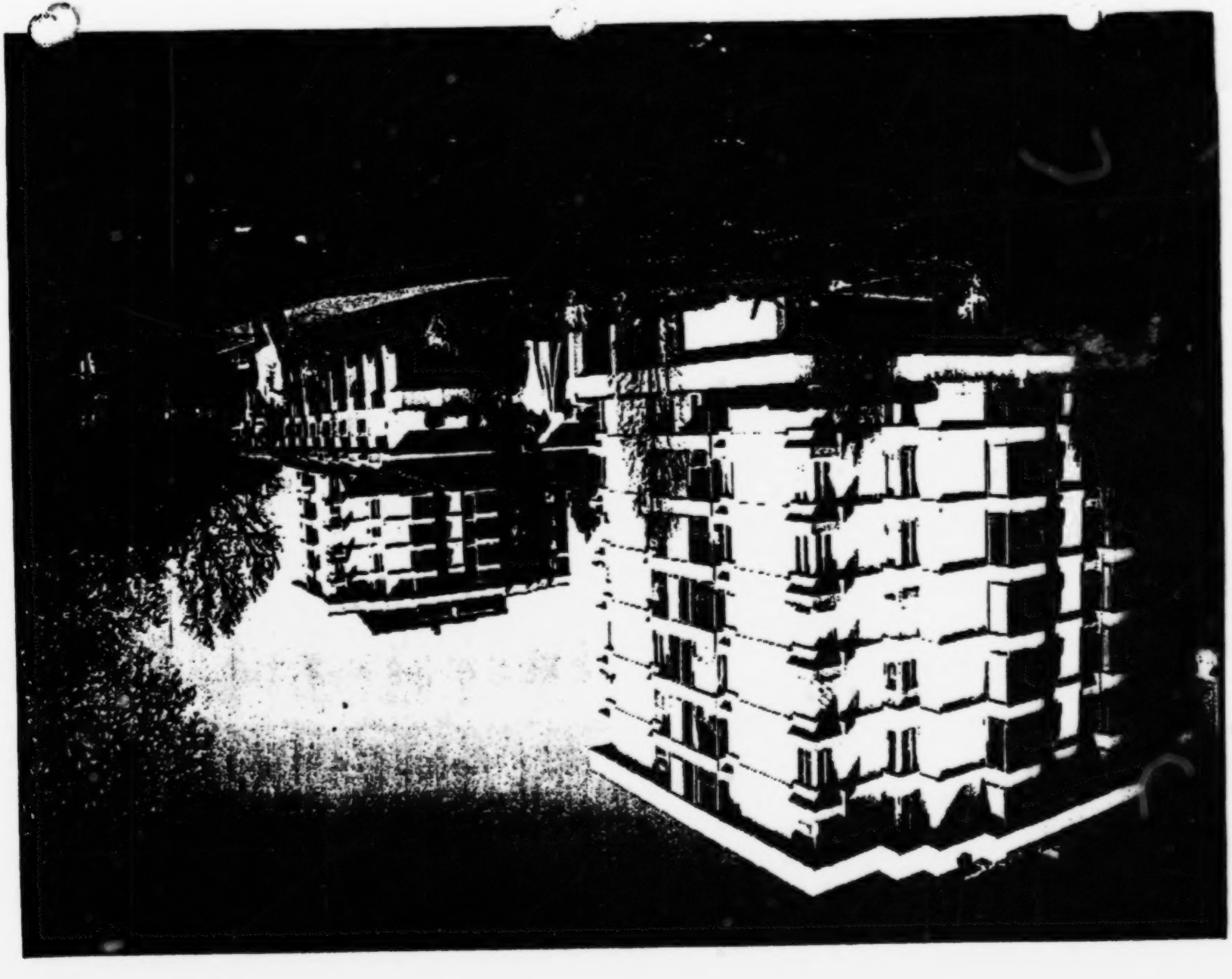
RESIDENCE TREMBLEY

- 100 STUDIOS
  - **Reçoit** des personnes âgées encore autonomes désirant être déchargées des tâches ménagères, combattre la solitude et trouver la sécurité.
  - **Prix** de base fr 103.- (pension complète et prestations hôtelières comprises)
  - **Attente** env. 1 à 2 ans
  - **Localisation** les AZALÉES et les ÉRABLES.

RESIDENCE COLLADON

- 130 PERSONNES dans 112 appartements
  - **Reçoit** des personnes âgées encore autonomes.
  - **Prix** de base, fr 85.- Par jour (2'600.- p.mois)

    Demi-pension : 1 repas par Jour
  - **Attente** env. 7 ans
  - **Localisation** les FRÊNES et les HORTENSIAS



LE DOMICILE

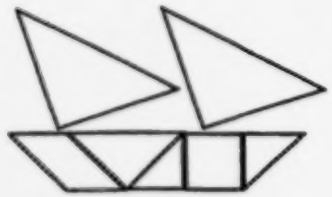
Les personnes âgées qui entrent à Colladon sont des RÉSID**ANTS,** ils y sont légalement domiciliés.

- Ils apportent leurs meubles.
- Ils disposent d'une grande indépendance.
- On entre pas chez eux sans sonner.
- Le respect de leur intimité est respecté.

C'est la raison pour laquelle nous parlons de;
RESID**ANTS,** (personne qui réside en un lieu)
Et non pas;
RESIDENTS, (personne qui vit dans un pays étranger)

OBJECTIFS

- Accueillir des personnes âgées indépendantes, mais fatiguées par les obligations quotidiennes.
- Leur apporter
  - Une aide adaptée à leur état de santé
  - Un repas équilibré par jour au minimum
  - L'intimité,la dignité, la sérénité et la sécurité
  - Une vie sociale et animée
  - La garantie de pouvoir finir leurs jours dans notre établissement.



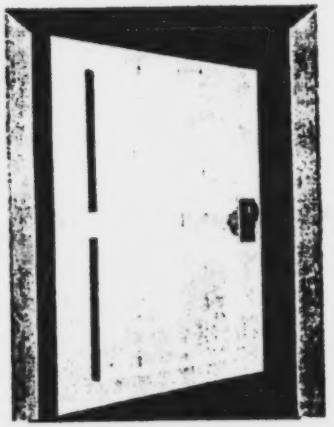
COL DON Prestations comprises

- La mise à disposition de l'appartement
- 1 repas principal chaque jour
- 2 heures de ménage tous les 14 jours
- L'utilisation des chambres à lessive
- L'animation socio-culturelle
- Une assistance sociale et administrative
- La jouissance de toute l'infrastructure de la M.R.P.S.
- Les premiers secours d'urgence

COL DON prestations non comprises

- **Les frais médicaux, infirmiers, et pharmaceutiques**
- **Abonnement T.V. radio, téléphone et communications**
- **Aide au ménage supplémentaire**
- **Repas en sus de celui prévu**
- **Blanchissage du linge par la Maison**
- **Nettoyage à sec des vêtements et entretien de ceux-ci**
- **Consommations à la cafétéria et/ou au restaurant**

COLLADON



- PORTE D' ENTRÉE
  - Une nouvelle étape de la vie des aînés
  - Un choix délibéré et prévoyant
  - On garde sa liberté

- PORTE OUVERTE
  - Restaurant public « Le Jardin des Iles »
  - Accueil de 50 enfants tous les jours pour un repas
  - Consultations de Policlinique de gériatrie
  - Accueil de congrès d'entreprise
  - Parc de 5 hectares ouvert au public

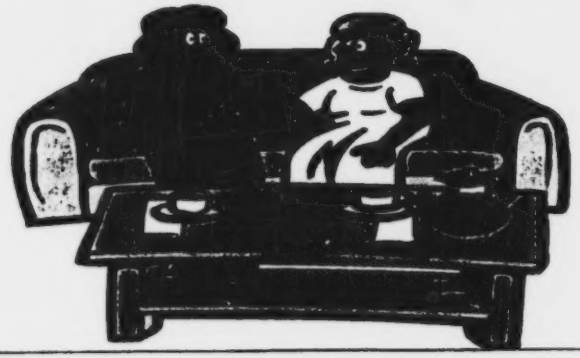
LE MAINTIEN A DOMICILE

Dans le but de permettre à nos résidants de rester le plus longtemps possible dans l'appartement ou le studio qu'ils occupent, une équipe

D' ENCADREMENT À DOMICILE INTERNE

Apporte une aide au ménage progressive et adaptée, ainsi que les soins infirmiers.

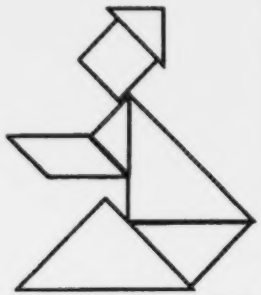
Le service d'animation et l'assistant social complètent l'encadrement de ces 230 résidants.



EFFECTIF À DISPOSITION

- Soignants 6 postes
- Aides au ménage 10 postes
- Socio-animation 5 postes
- TOTAL **23 postes**

Sans compter le personnel administratif,
de cuisine, de service à table et technique.

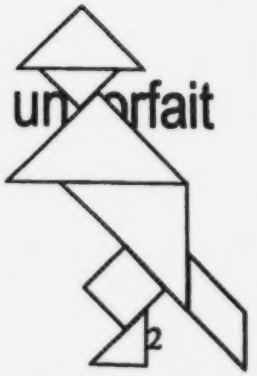


01-03-23

R. MINGER

SITUATION ACTUELLE

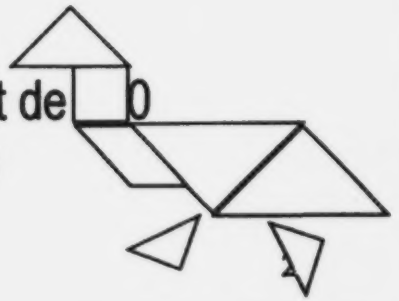
- 230 Résidants âgés de cat. A répartis dans 4 bâtiments.
- 12 Av. Trembley et 5-7 Ch. Colladon 1209 PETIT-SACONNEX
- Chacun dispose d'un appartement de 2 ou 3 pièces ou d'un studio.
- Des prestations de soins et d'aide ménagère sont fournies par la M.R.P.S.
- Les prestations sont en partie comprises dans un forfait journalier et d'autres facturées à l'acte.



L' AVENIR

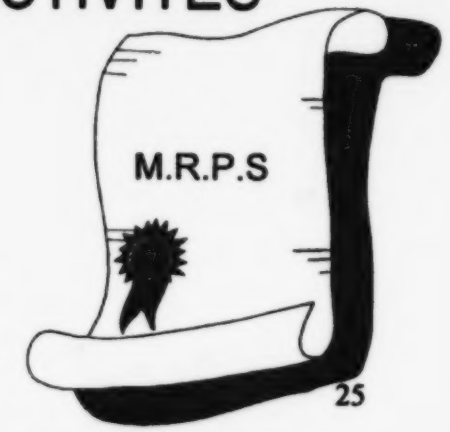
La M.R.P.S. entend s'adapter continuellement à la demande interne et externe, c'est ainsi que les travaux suivants sont programmés.

- À court terme ; 2001 - 2002
  - Transformation d'un bâtiment en unités médicalisées
  - Création d'une nouvelle salle à manger
- À moyen terme ; 2003 - 2005
  - Construction d'un nouveau bâtiment de 0 appartements du type « Colladon «



Déclaration d'objectif

- AMÉLIORATION DU CADRE DE VIE
  - augmentation du confort
  - diminution des transferts internes
  - respect de la CHARTE de la MRPS
- CRÉATION DE NOUVELLES ACTIVITÉS
  - unité de soins ambulatoires
  - animation extra-muros
  - bourse du temps



L'approche psychologique: Tout est dans la relation

Diane Lauzier

Psychologue et Conseillère en Relations Humaines

Forum hébergement 2001
Regroupement des CHSLD-CLSC de la Montérégie
Régie régionale de la Montérégie

Granby (Québec)
28 mars 2001

TOUT EST DANS LA RELATION

INTRODUCTION

Lorsqu'on s'est rencontré pour préparer ce forum et s'entendre sur ce qu'on avait le goût de présenter, j'ai tout de suite pensé que ce qui était utile d'aborder concernait la relation. Par la suite, le titre n'est venu spontanément; « Tout est dans la relation ». J'ai fait un premier jet puis j'ai proposé les grandes lignes à mes collègues. Heureusement, leurs idées rejoignaient les miennes. Je pouvais donc continuer à peaufiner mon texte. C'est là que le doute s'est installé. J'ai commencé à me poser des questions à propos de mon titre. Est-ce que c'est vrai que tout est dans la relation? Est-ce que je ne devrais pas plutôt titrer mon texte: « La relation est dans tout »? Après une semaine de sur place, j'ai décidé de conserver mon titre initial même si ça avait peut-être l'air un peu prétentieux. C'est à partir de ces cogitations que me sont venues quelques justifications autour de ce titre. Je vous les partage en vrac.

1- Dès l'instant où deux personnes sont en contact, on parle déjà de relation.
2- On aura beau avoir une bâtisse avec un design ultra moderne, confortable et fonctionnel, si les relations ne fonctionnent pas bien ce ne sera pas un milieu de vie de qualité.
3- Comme une bâtisse, une relation ça se construit et ça s'entretient mais, énorme différence, ça ne coûte rien.
4- Vous remarquerez que j'ai mis « relation » au singulier dans mon titre. C'est pour souligner que ce qui compte ce n'est pas une question de quantité mais bien une question de qualité.
5- Aucun besoin, d'attendre quoique ce soit ou qui que ce soit, on a plein pouvoir là-dessus dès maintenant.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

1- LA RELATION

Commençons par examiner quelques définitions de relation. Ces définitions ne nous renseignent pas sur la qualité de la relation. Et pourtant, c'est à ce niveau qu'on a de la prise sur la qualité de vie et ce, peu importe le milieu. Par ailleurs, ces définitions mettent en évidence des aspects importants des relations humaines, à savoir: l'interdépendance, l'influence réciproque et dans certains contextes la dépendance.

QUELQUES DÉFINITIONS:

« (XVI) Liens de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes). » Le Petit Robert

« Le mot, emprunté comme terme philosophique pour désigner le rapport d'interdépendance entre deux choses ou deux personnes dans leur mode d'existence, a reçu un sens général, nommant un rapport réciproque quelconque entre deux êtres, deux choses (1388). (...) Appliqué aux rapports sociaux, le mot s'applique à des liens de dépendance, d'interdépendance et d'influence réciproque (1677), au fait de communiquer avec quelqu'un (1677); » Le Robert historique

1.1- LA RELATION DE QUALITÉ

La deuxième difficulté que j'ai rencontrée après avoir buté sur le titre, a été de condenser en quelques minutes les fruits d'une réflexion et d'une pratique vieilles de quelques décennies. Comment en dire assez, mais pas trop? Probablement que pour plusieurs, ce dont je vais vous parler vous le mettez déjà en pratique ou l'avez déjà mis en pratique. Ce sera alors un rappel. Pour d'autres, il y aura des choses que vous connaissez ou que vous avez déjà apprises mais quand vous arrivez dans le quotidien ça ne fonctionne pas. C'est dans ces situations que je me fais souvent dire par les intervenants: « Je ne comprends pas ce qui se passe. », « Ce qu'on fait ça ne marche pas. », « Donne-nous des trucs. ». S'il y avait vraiment des trucs qui marchent à tout coup, notre société irait drôlement bien. Non, il n'y en a pas de trucs ou de recettes miracles qui

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

marchent à tout coup. Il n'y a que de grands principes d'intervention qui peuvent guider nos actions. C'est cela que je souhaite le plus vous transmettre.

D'abord nous sommes des humains qui intervenons auprès d'autres humains. Ce qui veut dire que nous avons des limites personnelles et que nous pouvons faire des erreurs. L'autre personne en face de moi est aussi un être humain avec ses limites et elle aussi peut faire des erreurs. Ce droit à l'erreur et à l'imperfection est la preuve que nous sommes humains et que nous pouvons nous tromper. Nous devons essentiellement accepter notre condition humaine afin d'éprouver un peu de compassion et de compréhension autant envers nous-mêmes qu'envers les autres. Cela nous fera saisir que chaque personne fait de son mieux compte tenu de ce qu'elle perçoit d'elle-même et du contexte à un moment précis. Cela rejoint d'ailleurs l'essence d'un des deux postulats de base de la psychologie humaniste. On y reviendra plus loin.

1.2- ÉLÉMENTS ESSENTIELS À UNE RELATION DE QUALITÉ

Voici quelques éléments qui reviennent régulièrement lorsque je travaille avec des intervenants dans le milieu de la santé. Ces aspects vous apparaîtront peut-être bien simples cependant, ils font souvent défaut dans nos différents milieux de vie et pourtant ils sont essentiels à une relation de qualité.

- ***Entrer en relation avec l'autre de façon évidente***

- Mettre au moins deux sens à contribution et idéalement trois ; le toucher, l'ouïe et la vue. Plus une personne a des déficits plus il faut utiliser de sens afin de se donner plus de possibilité d'entrer en contact avec elle et plus le toucher est important.

- Remettre à la mode les bons principes de savoir vivre et de politesse. Saluer lorsqu'on arrive et qu'on part. S'informer de comment va l'autre et attendre et écouter sa réponse.

- Faire à l'autre, l'honneur de sa présence. Ce qui exclut que je raconte ma soirée à une autre intervenante pendant que je donne un soin à Mme X.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

- ***Être attentif au besoin de l'autre***

- Deux méthodes: demander ou deviner.

- Si vous lui demander, laissez à la personne le temps de répondre à son rythme. Lorsque une personne a des déficits cognitifs vous pouvez lui faire faire des choix simples. Si la personne a des déficits plus profonds vous devez deviner ses besoins. Dans ce cas, une grille théorique des besoins de la personnes pourrait être d'une grande utilité.

- Respecter l'intimité et l'intégrité de la personne.

- ***Supporter l'autre dans la satisfaction de ses besoins***

- C'est probablement ce qui est le plus difficile à faire. Être un guide, un accompagnateur pour l'autre et non faire à sa place. Nous explorerons plus loin, de quelle façon on peut devenir un guide.

-Laisser à l'autre l'opportunité d'éprouver sa puissance et de ressentir son pouvoir par la possibilité de faire de choix et de poser des actions.

Si vous êtes en mesure de respecter les grandes lignes de conduite ci-haut, vous pouvez vous considérer comme un(e) vrai(e) humaniste. En vous comportant de cette façon vous contribuez, sans doute, à la création et au maintien d'un milieu de vie de qualité. Cependant, malgré toutes nos connaissances et notre expérience, nous nous plaçons souvent en position de sauveur ce qui maintient l'autre dans une position de victime qui l'empêche de se développer. Explorons ces différents rôles.

© 2001, Diane Laurier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

2- LE TRIANGLE INFERNAL

Pour commencer, il est utile d'examiner quelques définitions du mot victime et de vous communiquer ma propre définition. Selon le Petit Robert, la victime est :

1er sens : Créature vivante offerte en sacrifice aux dieux.

2e sens : *Personne qui subit la haine, les tourments, les injustices de quelqu'un*
Par ex.: personne qui souffre, pâtit (des agissements d'autrui, ou des choses, d'événements néfastes.

3e sens : Personne tuée ou blessée.

Selon le Petit Larousse illustré, on retrouve les mêmes sens. J'aimerais tout de même vous citer textuellement le deuxième sens qu'on en donne car il correspond plus à la victime telle que je souhaite l'explorer, c'est-à-dire d'un point de vue psychologique. La définition qu'on en donne est : « *Personne ou groupe qui souffre de l'hostilité de quelqu'un, des ses propres agissements, des événements.*

Dans le « Précis de victimisation » on retrouve aussi les trois sens des dictionnaires. La définition qu'on retient est la suivante « « *On appelle victime toute personne qui subit un dommage dont l'existence est reconnue par autrui et dont elle n'est pas toujours consciente.* » (p. 7)

D'un point de vue strictement psychologique, lorsque je parle de victime, je réfère aux sens que j'ai mis en italique.

Dans mes propres termes, la victime c'est *quelqu'un qui subit le comportement d'une autre personne, un environnement ou son propre comportement et que cela la fait souffrir et a un impact négatif sur son développement psychologique. De façon générale, cela vient heurter un besoin important et freiner le développement de cette personne. On peut remarquer des particularités dans ses croyances, ses attitudes et ses comportements.*

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

2.1- LE TRIANGLE VICTIME SAUVETEUR PERSÉCUTEUR

Karpman (1968) a représenté sous forme de triangle dramatique notre tendance à nous comporter en jouant trois rôles de base pour l'action (Figure 1) soit la Victime[1], le Sauveur et le Persécuteur. Dans ce contexte, la vision du monde est simplifiée. Il y a des polarisations qui sont faites à trois niveaux: les croyances, les attitudes et le comportement. Berclaz (1999) a situé, sur le triangle de Karpman, deux clivages; celui que j'ai nommé clivage des croyances et un autre clivage que j'ai situé au niveau des comportements. J'ai ajouté un troisième clivage dans les attitudes en relation. En examinant la figure 1, on remarque que dans chaque clivage un des acteurs se retrouve isolé des deux autres. Voici une courte explication pour chaque clivage accompagnée d'une direction que le sauveur peut prendre pour sortir de son rôle.

- Clivage dans les croyances à propos de la nature humaine : mauvais versus bon.
  Dans ce clivage le persécuteur est isolé de la victime et du sauveur.

-> Pour sortir de son rôle le sauveur doit devenir un peu mauvais. Il doit arrêter de voir le monde de façon dichotomique.

- Clivage dans le comportement (l'affirmation) : passif versus actif.
  Dans ce clivage la victime est isolée du persécuteur et du sauveur.

-> Plus le sauveur est actif plus il maintient la victime passive. Il doit se limiter à être actif sur le processus.

- Clivage dans les attitudes en relation : prise en charge versus dépendance et contre-dépendance ou opposition.
  Dans ce clivage le sauveur est isolé de la victime et du persécuteur.

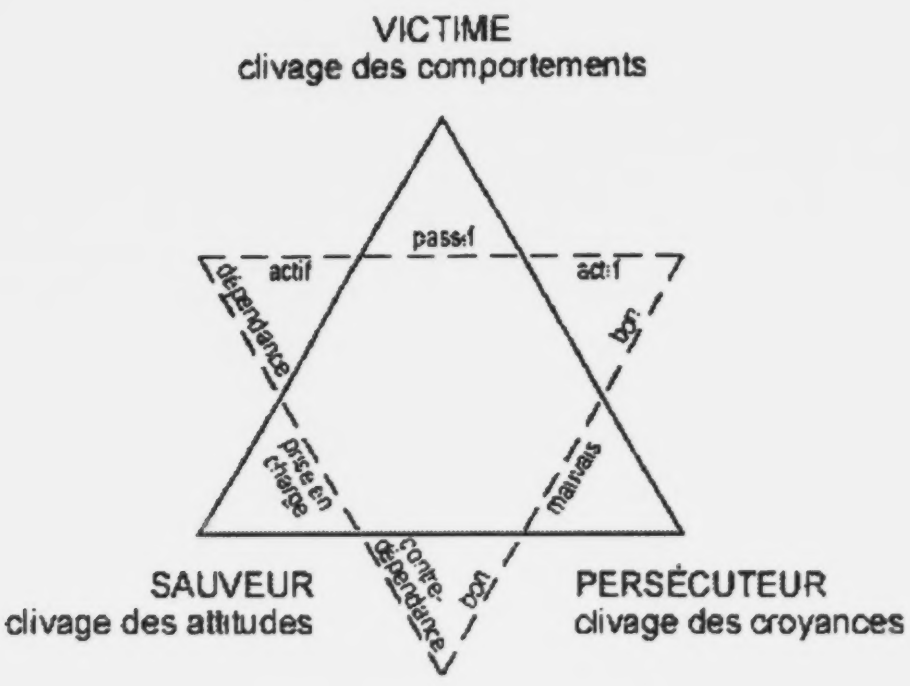
-> Le sauveur doit passer d'une optique de prise en charge à une optique d'autonomie.

---

[1] Les majuscules indiquent que je fais référence aux rôles tels que définis par Berne puis repris par Karpman et d'autres auteurs en analyse transactionnelle.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

FIGURE 1 Clivages des croyances, attitudes et comportements



© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec). Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

2.2- LA DYNAMIQUE DE LA VICTIME

La victime est une personne qui se définit comme subissant ou ayant subi une situation causée par un événement, une autre personne ou par elle-même.

Elle est passive par rapport à cette situation et ne sait pas quoi faire pour s'en sortir. Son niveau d'énergie est souvent très bas.

Sa vision du monde est dichotomique et elle se trouve du côté des *Bons* avec le Sauveur qui doit la défendre contre le *Mauvais* Persécuteur. De ce point de vue elle croit que le Sauveur est son allié.

Dans une relation thérapeutique, elle est très dépendante du thérapeute qui devrait, selon elle, la prendre en charge et régler son problème.

2.3- LA DYNAMIQUE DU SAUVEUR

Le Sauveur pour sa part, est une personne qui prétend pouvoir aider la Victime à s'en sortir. En fait le Sauveur maintient la Victime dans son rôle. Ce n'est que lorsque le Sauveur devient un guide qu'il peut vraiment aider la Victime. Nous aborderons ce passage plus loin.

Tout comme la Victime, le Sauveur vit dans un monde dichotomique et il se trouve, lui aussi du côté des *Bons* et doit défendre la Victime du *Mauvais* Persécuteur.

Dans une relation thérapeutique, il prend en charge la situation et en fait plus que la victime. Il maintient la Victime dans un état de dépendance et le Persécuteur en contre-dépendance.

© 2001, Diane Laurier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

2.4- LA DYNAMIQUE DU PERSÉCUTEUR

Pour comprendre la dynamique du Persécuteur, reportons-nous aux besoins de sécurité et d'appartenance de base. Sollicité par ces besoins, l'attachement se concrétise par la création de liens avec des Êtres vivants et des buts (Berclaz, 1999). Tout attachement suppose une fin et un processus de deuil pour passer à autre chose. Les liens avec les personnes permettent de développer un sentiment d'appartenance et de satisfaire le besoin fondamental d'aimer et d'être aimé. Par ailleurs, les liens avec les buts permettent de développer des compétences et par le fait même son estime de soi.

Berclaz (1999) nous rapporte que : « Le détachement est nécessaire pour provoquer un acte de violence. La violence peut représenter une tentative désespérée de créer un attachement, de rester en relation, la contention physique, à titre de stimulations sensorielles peut être vécue comme un réconfort, enlevant pour un bref instant - le sentiment de solitude et d'abandon. »

De ce point de vue, la dynamique du persécuteur se situe dans le besoin de survie et il serait plus juste de dire des besoins insatisfaits dans la survie et que l'individu essaie à tout prix (même maladivement) de satisfaire au risque de sa vie ou celle de l'autre.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

3- UNE RELATION BASÉE SUR DES PRINCIPES HUMANISTES

Les théoriciens et les praticiens de l'École de pensée humaniste se sont intéressés à l'individu en santé et aux conditions qui permettaient à l'individu de développer tout son potentiel. Plusieurs connaissent Maslow et sa pyramide des besoins ainsi que Rogers qui a popularisé l'approche centrée sur la personne.

Les actions d'un intervenant sont supportées par le cadre d'intervention qu'il privilégie. Celui d'un GUIDE s'inscrit dans le courant de pensée humaniste.

3.1- DANS LES CROYANCES

À la base de l'École de pensée humaniste on retrouve les deux postulats suivants:

1- *la tendance à l'actualisation;* qui suggère que l'énergie de l'organisme est dirigée spontanément et de façon innée vers l'actualisation de la personne. Ce système inné de motivation est présent chez toute personne. En d'autres termes, cela signifie que la personne aura tendance à développer spontanément son potentiel;

2- *le primat de la subjectivité;* nous indique que le comportement d'une personne à un instant donné est fonction de la perception que la personne a d'elle-même et de l'environnement. Ce système inné de contrôle (processus d'évaluation) est présent chez toute personne. La personne interprète et donne un sens à son environnement selon la perception subjective qu'elle a d'elle-même et de son environnement.

Ces postulats guident l'intervenant humaniste car ils font partie des croyances auxquelles il adhère. L'intervenant humaniste se présente donc en face d'une personne avec deux gros préjugés positifs. Premièrement, celui de croire que la personne possède toutes les ressources nécessaires pour faire face à différentes situations et si elle ne les possède pas, elle peut les acquérir; et deuxièmement que le comportement que choisit une personne est toujours le meilleur qu'elle possède dans son éventail de comportements à un moment "X". C'est ce qu'on pourrait appeler sa lunette déformante de la réalité relationnelle.

© 2001, Diane Laurier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

FIGURE 2 Le passage de victime à maître de sa vie à l'aide du guide

CROYANCES	ATTITUDES	COMPORTEMENTS
- Tendance à l'actualisation - Primat de la subjectivité	- Authenticité - Cons. pos. inconditionnelle - Compréhention empathique - Écoute	- Ratification - Confrontation - Soutien à l'action

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec). Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

Dans cette optique, les éléments essentiels pour qu'une personne s'actualise sont :

- l'ouverture à l'expérience;
- la prise en charge (responsabilité des choix -JE-);
- l'action sur l'environnement.

L'intervenant humaniste valorisera chez la personne :

- les prises de conscience;
- sa capacité de choisir;
- la responsabilité de ses choix.

Même si nous savons tous que ces principes sont souhaitables, ils deviennent parfois difficiles à mettre en application dans un contexte de CHSLD avec une clientèle ayant des déficits physiques et une autre ayant des déficits cognitifs. Si cette première est restreinte dans sa capacité d'action, la seconde est restreinte soit dans sa capacité de faire des prises de conscience, de faire des choix et d'être responsable de ses choix. Ces restrictions sont très évidentes chez la personne ayant des pertes cognitives ou mentales.

Malheureusement, il apparaît souvent plus facile et surtout moins long de garder l'autre dans un état de victime qui subit plutôt que de l'aider à se repositionner au centre de sa vie en reprenant contact avec ses besoins, en prenant le temps de faire des choix et en étant pleinement responsable de ses choix et de ses actions.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

3.2- DANS DES ATTITUDES

Les attitudes se reflètent dans les façons d'être telles qu'énoncées et popularisées par Carl Rogers, soit : l'authenticité; la considération positive inconditionnelle; la compréhension emphatique; et l'écoute. On peut trouver des définitions de ces attitudes dans la majorité des livres en relation d'aide. Toutes ces attitudes sont à la base des comportements d'un guide.

3.3- DANS DES INTERVENTIONS

Dans les interventions, ces attitudes seront présentent à travers :

- l'accueil (donner un sens), qui permet les prises de conscience;
- la reconnaissance (normalité & limites), qui permet de délimiter des choix;
- la séparation (ce qui m'appartient), qui permet d'entreprendre des actions afin de passer à une autre étape dans les besoins.

Tout cela sert à sortir la victime de ses trois états :

- la confusion en faisant des prises de conscience et en donnant un sens;
- la surstimulation en accueillant et en reconnaissant la légitimité des choses;
- l'impuissance en lui laissant la possibilité de choisir et de se responsabiliser par rapport à ses choix conscients.

3.4- DANS LE TYPE DE RELATION QUE LE GUIDE PROPOSE

La relation coopérative m'apparaît idéale pour accompagner une victime et la conduire vers son Maître intérieur ou Adulte. Sans entrer en profondeur dans la définition de cette relation, exposons ses principales composantes. Ceux qui veulent aller plus loin pourront se référer à l'excellente systématisation qu'en a faite St-Arnaud (1995) dans son livre intitulé :

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

« L'interaction professionnelle, efficacité et coopération ». St-Arnaud précise cinq conditions à la coopération :

1- le partenariat : chercher et nommer un intérêt commun;
2- l'alternance : utiliser différents canaux afin de connaître ce que la personne perçoit, ressent, pense et veut;
3- la concertation : prendre une entente incluant la situation sur laquelle on travaille, l'objectif de l'interaction, la façon de travailler et les responsabilités de chacun (le contrat);
4- la non-ingérence : reconnaître les compétences (pouvoir et expertise) de chacun et éviter de prendre en charge ce qui appartient à l'autre;
5- la responsabilisation : respecter et se faire respecter en traitant l'autre comme un être unique, capable de faire des choix.

3.5- LE GUIDE PERMET À LA VICTIME D'ÉVOLUER

En proposant un type de relation coopérative, supportée par les attitudes et les croyances exposées dans ce chapitre, le guide permet à la personne de passer de la Victime à devenir le Maître de sa vie. Le guide amène la personne à faire des prises de conscience, à faire des choix conscients et cohérents avec ses besoins et à entreprendre des actions lui permettant de poursuivre son développement.

Afin de faire comprendre le rôle du guide en action, je me permets de reprendre l'analogie de l'équipage utilisée par Anne Marquier dans « Le pouvoir de choisir », pour illustrer qu'on a à l'intérieur de nous tout le potentiel pour être pleinement créateur de notre vie. L'analogie de l'équipage vient des traditions orientales et permet de découvrir les interrelations entre nos différentes dimensions. L'équipage est composé d'une charrette tirée par un cheval, d'un cocher qui dirige le cheval et d'un maître assis dans la charrette en arrière du cocher. L'équipage avance sur un chemin. Dans cette analogie le chariot représente le corps, le cheval les émotions, le cocher notre mental et le maître notre conscience supérieure qui sait qui nous sommes, où nous allons et d'où nous venons. Tenant la place du maître dans cette analogie, la Victime peut éprouver de la difficulté à différents plans. Elle pourrait par exemple, ne pas savoir où elle va ou laisser le cocher diriger l'équipage sans l'avoir consultée ou encore avoir perdu le contrôle du

© 2001, Diane Laurier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

cheval. Enfin plusieurs situations sont possibles. Dans ce contexte, le guide serait celui qui s'assoit à côté du Maître et l'accompagne dans une situation difficile afin qu'il puisse poursuivre sa démarche de développement.

CONCLUSION

En fait, peut être que le titre de ce texte devrait plutôt être ; « Le secret est dans la relation » ou encore « La relation, c'est la clé »? Quoiqu'il en soit, ce qui m'importe vraiment, c'est la qualité de la relation. Car, la qualité de vie passe par la qualité de la relation.

RÉFÉRENCES

BERCLAZ, Michel (1999). *Formation d'aide aux victimes*. Notes de cours, Institut Milton H. Érickson du Québec.

KARPMAN, Stephen B. (1968). « Fairy tales and script drama analysis », *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26); 39-43.

KÉROUAC, Michel (1999). *Formation d'aide aux victimes*. Notes de cours, Institut Milton H. Érickson du Québec.

MARQUIER, Annie (1991). *Le pouvoir de choisir*. Knowlton (Québec) : Les Éditions Universelles du Verseau.

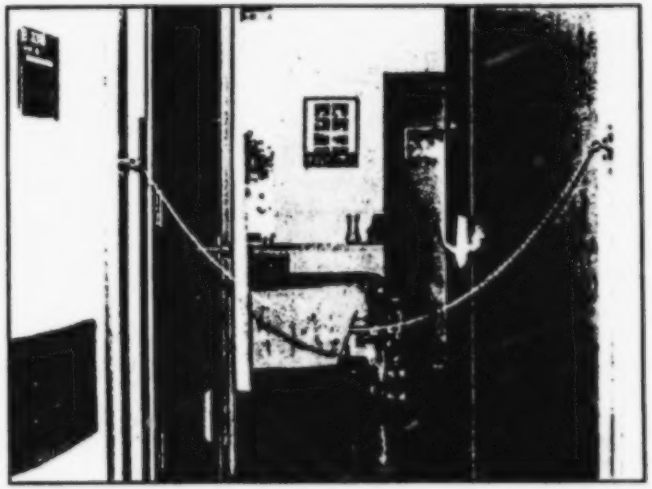
SY-ARNAUD, Yves (1982). *La personne qui s'actualise. Traité de psychologie humaniste*. Chicoutimi, (Québec), Canada : Gaëtan Morin éditeur.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.

SY-ARNAUD, Yves (1995). *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

STEINER, Claude M. (1974). *Des scénarios et des hommes*. Paris : ÉPI.

© 2001, Diane Lauzier, psychologue. Sherbrooke (Québec), Tél.: (819) 821-0173
Tous droits de reproduction, même partielle, d'adaptation ou de traduction réservés.



Un CHSLD:des milieux de vie
Créer un milieu de vie au quotidien

28 mars 2001

par Anne Beauchamp

Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Plan de la présentation

- La naissance du concept
- Les difficultés
- Les pistes de solutions

Notions de milieu de vie en centre de soins de longue durée

- Évolution progressive des mentalités depuis 20 ans
- Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, dossier personnes âgées (1987)
- Loi sur la santé et les services sociaux (1991)

MSSS 1991 Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 83

« La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente **un milieu de vie substitut…. »**

Différentes instances prennent position

- Comité provincial des malades
- Fédération québécoise des centres d'hébergement de soins de longue durée
- OIIQ
- Fédération québécoise du loisir en institution
- AHQ

Milieu de soins/milieu de vie

- **relation soignant/soigné**
- Standardisation de l 'organisation
- poste de garde au centre, soins infirmiers
- planification pour faciliter le travail du personnel
- codes, procédures
- structure, horaire fixe, sécurité

- **relation d 'être humain à être humain**
- Organisation minimale
- salon, aire de repos au centre, animation
- planification du travail en fonction des clients
- minimum de procédures
- adaptation à la personne

Avons-nous fait le passage dans les CHSLD?

Constats

- Accord de principe (choix, respect, personnalisation)
- implantation et actualisation dans quelques centres à des niveaux variables
- concept durable (valeur en soi, $, pénurie de main-d 'œuvre, babyboomers)

Milieu de vie substitut au milieu naturel mais...

- Personnes fortement handicapées, besoins de soins importants, désordres cognitifs
- cohabitation, promiscuité
- modèle hospitalier enraciné
- composition des équipes (soins infirmiers)
- ambiguïté du concept de milieu de vie
- sélection basée sur les connaissances
- environnement physique inadéquat
- contraintes budgétaires

10 pistes de solutions

- 1) lourdeur de la clientèle des centres de soins de longue durée -connaître les besoins de notre clientèle

- 2) ségrégation versus cohabitation-redéfinir la position du centre

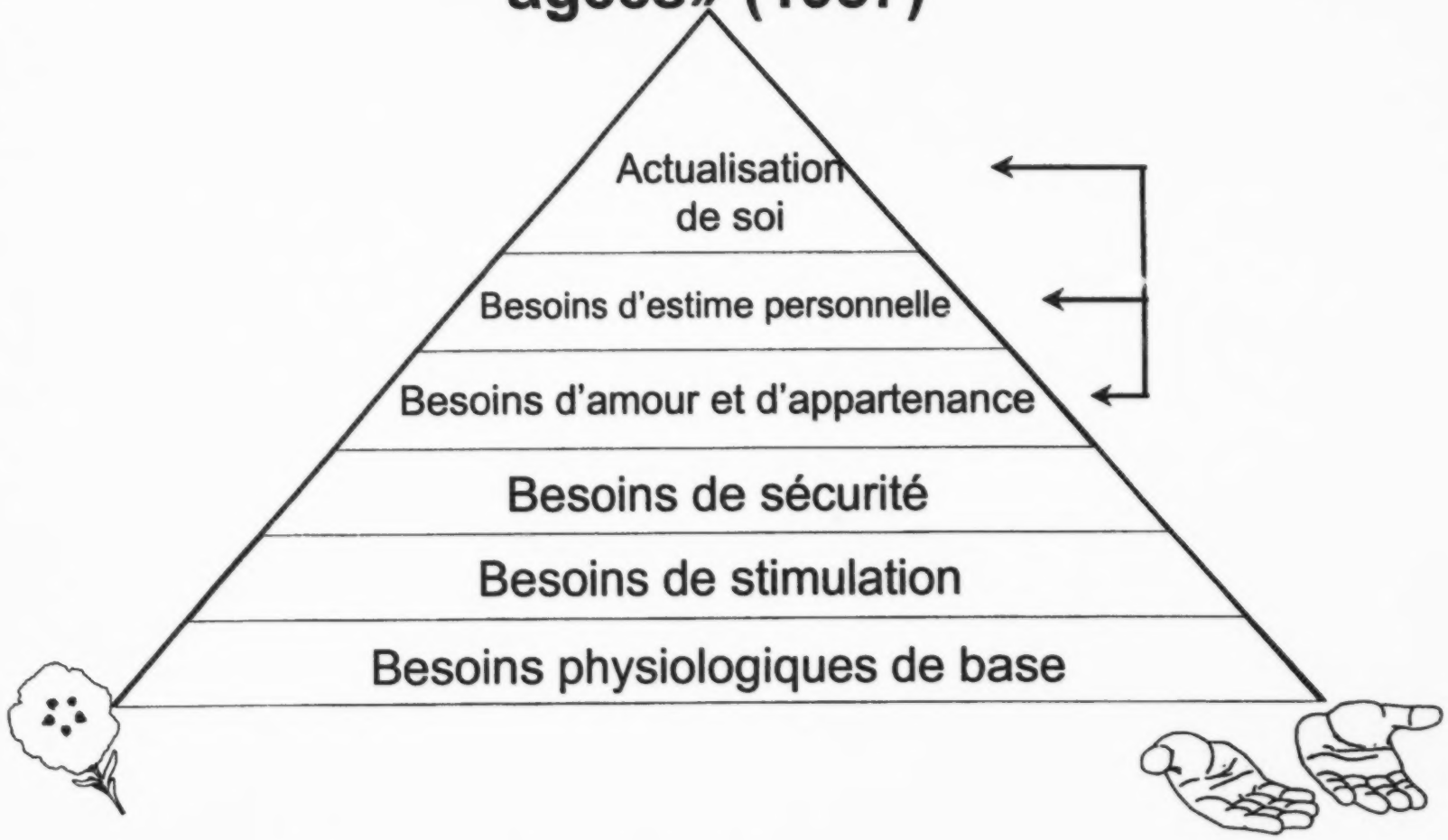
Soins/vie

- La mesure et l'évaluation de la qualité des soins infirmiers auront pour objet ultime de porter un jugement sur la capacité du service à améliorer la qualité de la vie de ces personnes.

3) Intégrer la qualité de vie à l'intérieur de la qualité de soins

- Diminue le besoin de définir précisément, accélère le processus (dimensions,attributs, indicateurs)
- Interpelle la grande majorité du personnel travaillant dans les centres
- Offre un levier pour l'implantation du milieu de vie

Besoins priorisés selon la Commission d'enquête «Personnes âgées» (1987)



4) INDICATEURS DE MILIEU DE VIE

- Nombre de minutes d 'activités thérapeutiques/jour par bénéficiaire, individuelles, petits groupes, grands groupes? BESOIN D'ESTIME PERSONNELLE
- Nombre de visites par semaine par bénéficiaire, nombre de nuitées ? BESOIN D'APPARTENANCE
- Nombre de bénéficiaires ou familles ayant déterminé les heures de lever, repas et dîner en fonction des habitudes antérieures ? BESOIN D'ESTIME PERSONNELLE ET ACTUALISATION
- Nombre de contacts avec l 'extérieur par mois ? BESOIN D'APPARTENANCE, DE STIMULATION
- Mesure des bruits lors des repas ? BESOIN DE STIMULATION, ESTIME PERSONNELLE

5) Sélection du personnel

- Connaissances (entrevues, tests écrits)
- qualités humaines (entrevues, tests psychométriques)

pour tous

6) Formation du personnel

- Vieillissement normal et pathologique
- relation d'aide
- valeurs de l 'organisation (code d 'éthique, etc.)
- approche prothétique élargie

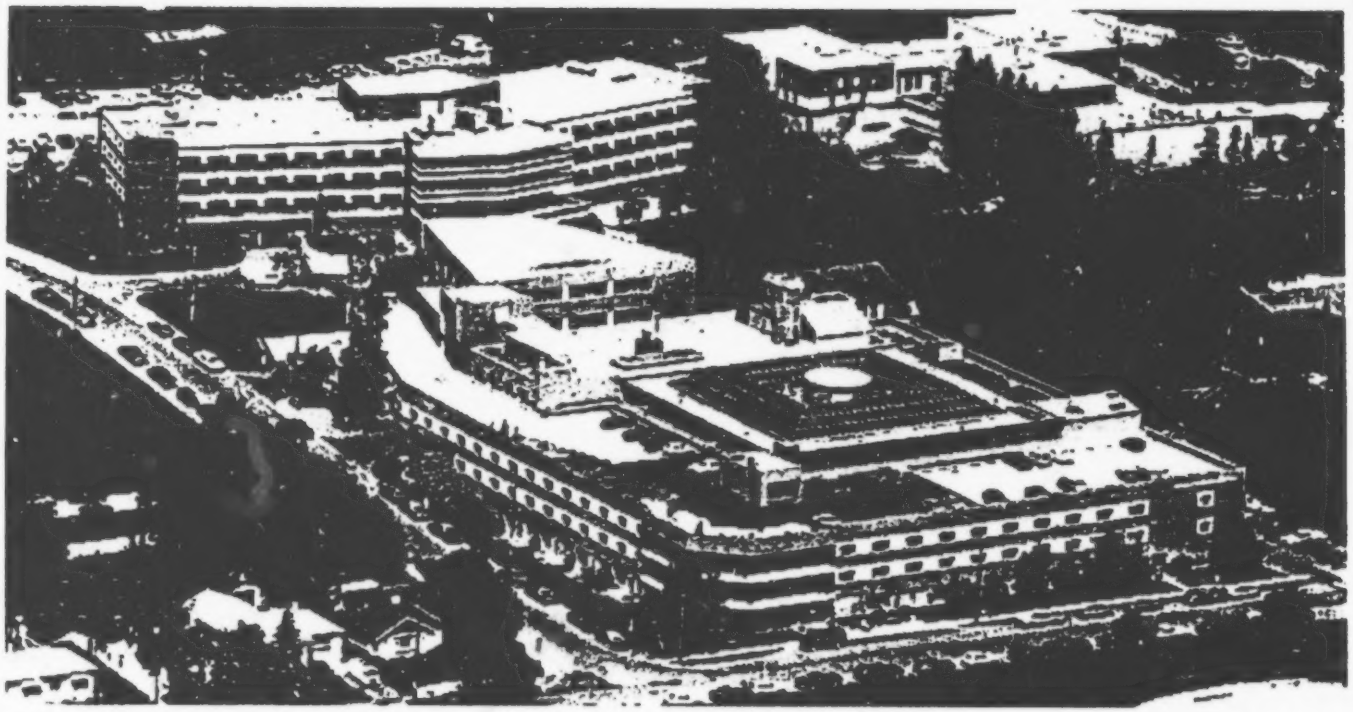
7) Instance responsable

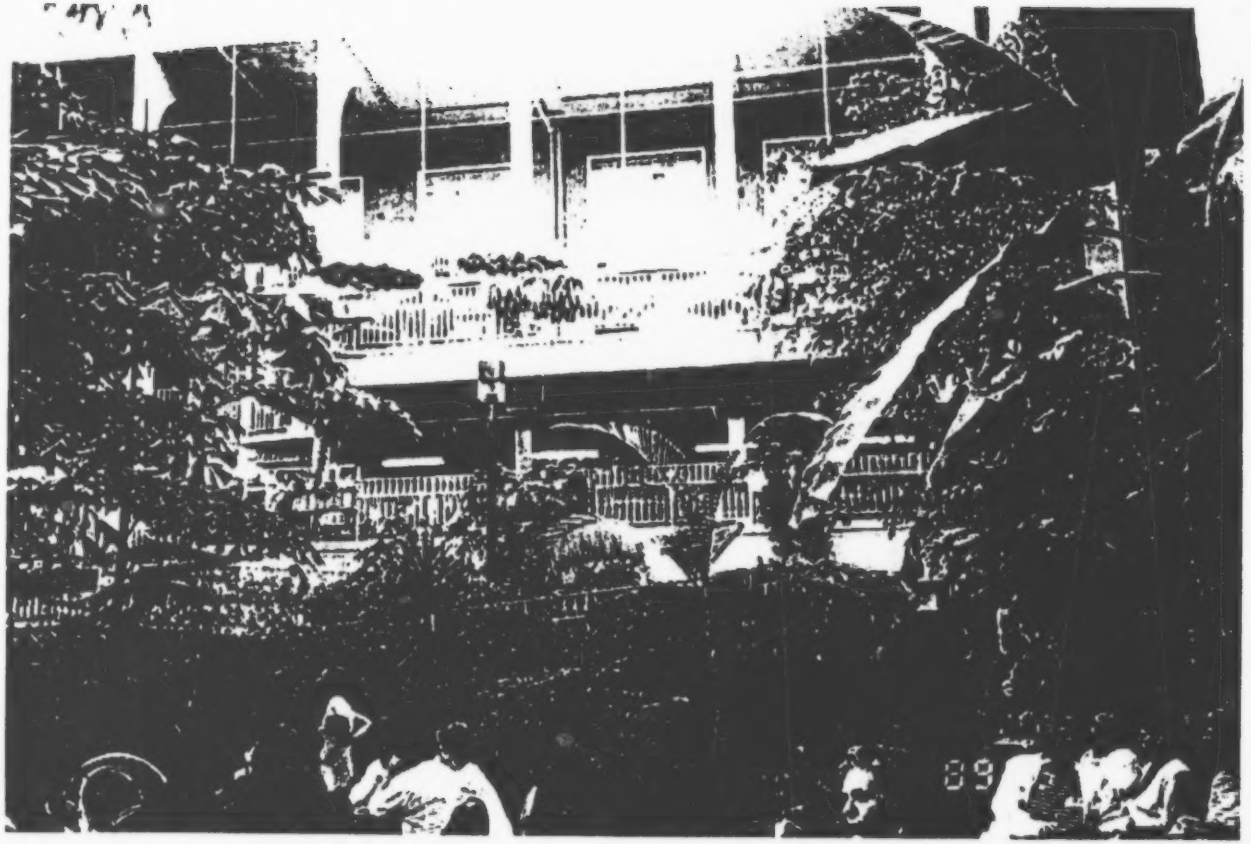
- Une personne qui relève de la direction générale

- un comité milieu de vie

Différentes clientèles avec des besoins communs et spécifiques

- Au plan humain
- Au plan organisationnel
- Au plan environnemental





Les besoins psychologiques, sociaux, affectifs et spirituels...

- Ne peuvent pas être comblés que par les intervenants en loisir, les travailleurs sociaux, le psychologue et le prêtre,
- Ils doivent être une préoccupation pour tous les intervenants (infirmière,médecin,PAB, entretien ménager, cuisine, comptable)
- Les contraintes budgétaires ne pourront nous permettre d'y arriver sans l'implication de tous.

8) Utiliser le potentiel des ressources

- Équipe interdisciplinaire
- Les spécialistes en loisirs en support aux équipes pour combler les besoins du haut de la pyramide
- Il faut trouver les zones fertiles dans l 'organisation

Caractéristiques des centres américains, dynamiques, Coons et Mace (1996)

- Liberté de choix, maximum de contrôle sur sa vie et implication dans les décisions
- reconnaissance de l'individualité
- droit à l 'intimité et encouragement à la dignité humaine
- continuité avec le passé et persévérance des rôles sociaux
- activités et opportunités adaptées
- création d'une ambiance familiale, de voisinage
- opportunité pour la joie, le plaisir, l'humour et la créativité.

Avez-vous des questions?

L'approche bio-psycho-sociale: la signature des CHSLD

Bernard Fournelle
Doctorat en Santé publique et Vieillissement
M.A. en gérontologie
M. Serv. Soc.

Directeur général
CHSLD Horace-Boivin
Granby (Québec)

Forum hébergement 2001
Regroupement des CHSLD-CLSC de la Montérégie
Régie régionale de la Montérégie

Granby (Québec)
Le 28 mars 2001

Un peu de science politique en débutant
À travers l'hébergement au Québec nous pouvons voir l'évolution des valeurs de la société québécoise, les actions déployées et l'attention portée face au vieillissement et à la perte d'autonomie de certains de ses membres.

Et dans ce sens, nous devons humblement constater que ce n'est pas une priorité actuellement pour la société québécoise. L'isolement, la dépendance sociale et l'insatisfaction causée par la perte de tout rôle social sont étroitement liés à l'exclusion sociale des personnes âgées. La société québécoise met la personne âgée sur une voie d'évitement, mais il est aussi vrai que la personne âgée se place délibérément sur la voie d'évitement.

Nous n'avons pas comme intervenantes ou comme intervenants à nous sentir coupable des choix qui ne sont pas faits par la société. Par contre, nous devons nous sentir responsable de faire le maximum avec ce qui nous est accordé.

Un CHSLD: c'est de la gestion et des interventions
Il faut savoir que dans un CHSLD, la philosophie de gestion et la philosophie d'intervention sont deux notions intimement liées. Qui plus est, nous pourrions et nous devrions ajouter une troisième notion: la structure organisationnelle. Et un CHSLD se construit à travers deux univers incontournables: sa clientèle et ses personnels.

Fondamentalement, la signature d'un CHSLD réside dans sa philosophie d'intervention.

Cette philosophie doit s'appuyer sur une vision du vieillissement comme étant une étape de la vie et non comme une maladie.

Cette philosophie se traduit dans une conception de la personne vieillissante comme un individu qui poursuit sa croissance en étant accompagné dans son cheminement par des intervenants qui le respecte dans ses droits fondamentaux et le considère comme un citoyen à part entière.

Cette philosophie utilise une approche globale de type bio-psycho-sociale qui considère la personne dans son ensemble, comme un tout intégrant les dimensions interreliées des composantes physiologique, psychologique et sociale qui font d'elle un être humain unique par sa nature, sa personnalité, ses forces, ses limites, sa richesse intérieure, son histoire et par son expérience propre.

Un CHSLD doit offrir des milieux de vie. La Loi nous l'oblige. L'identité du centre d'hébergement et de soins de longue durée doit passer par l'affirmation de sa vocation sociale et communautaire et par la préservation de l'action mises sur la qualité de vie et

le maintien d'un milieu de vie socialisant. Cette prédominance de la dimension socialisante fait la spécificité de la philosophie du CHSLD tout en répondant aux besoins de la personne dans sa globalité bio-psycho-sociale. Ce qui revient à dire, qu'un CHSLD a à se préoccuper de mettre en place des milieux de vie qui s'apparentent au milieu d'origine de ses résidants. Ce n'est ni un « Club Med « pour personnes âgées ou pour adultes en perte d'autonomie, ni un hôpital aseptisé. Ce sont des milieux qui valorisent le potentiel, si minime soit-il, et non la maladie. La personne hébergée requiert 3, 4, 5 heures de soins par jour, mais il reste encore 21, 20 ou 19 heures dans la journée. C'est **la première gageure** du CHSLD: rendre le milieu vivifiant. Et pour y arriver, il n'est pas assuré qu'il y aura une adéquation entre les ressources financières et les besoins des personnes hébergées.

Pourquoi un CHSLD doit-il privilégier une approche bio-psycho-sociale comme philosophie d'intervention ?

- **Parce que l'approche bio-psycho-sociale garantit de meilleurs services.**

- **Parce que l'approche bio-psycho-sociale permet la mise en place de milieux de vie.**

- **Parce que l'approche bio-psycho-sociale fait appel au savoir-être des intervenants et non pas seulement à leur savoir-faire.**

Le CHSLD, comme toutes les autres organisations de la santé et des services sociaux, doit préparer avec la participation de ses personnels un plan d'action pour le développement du personnel. Ce plan doit contenir des mesures relatives à l'accueil du personnel, à leur motivation, leur valorisation, le maintien de leur compétence, leur évaluation, leur perfectionnement, leur mobilité et l'orientation de leur carrière. C'est **la deuxième gageure** du CHSLD. Tout en rendant le milieu vivifiant pour la personne hébergée, le CHSLD doit assurer **une qualité de vie au travail** pour ses personnels. Et là, aussi, il n'est pas assuré que de nouvelles ressources appuieront ces orientations. Mais force est d'admettre que ces milieux comptent déjà sur des personnels dynamiques, innovateurs et dévoués. Cela facilite le cheminement.

Le CHSLD d'aujourd'hui a vu le jour suite à l'intégration de plusieurs établissements. Établissements qui ont des cultures propres, des traditions particulières, des histoires spécifiques et des cheminements différents. C'est **la troisième gageure** du CHSLD d'aujourd'hui. Il doit assurer le respect de toutes ces particularités. Un territoire, c'est bien beau, mais **le sentiment d'appartenance** à l'institution locale ne peut être écarté du revers de la main.

Des réalités quotidiennes

Un centre d'hébergement et de soins de longue durée est une entreprise, cette organisation a un mandat, des responsabilités, des devoirs, des structures, des clientèles, du personnel comme toutes les autres entreprises, tant du secteur privé que du secteur public.

Cette organisation est régie au niveau de son développement organisationnel par les mêmes règles, les mêmes théories ou les mêmes stratégies de développement que les autres. Sa survie dépend de sa capacité à assurer à sa clientèle, les personnes hébergées, des services de qualité, sa survie dépend de sa capacité d'adaptation. **Le rendement de cette organisation, comme toutes les autres dépend du dynamisme, de la compétence et de la motivation de son personnel.** Lorsqu'une organisation élabore ses orientations et sa planification, elle doit être sûre du bien-fondé de ses choix.

Dans ce sens, un centre d'hébergement et de soins de longue durée n'est pas différent des autres entreprises. Donc, le conseil d'administration doit être capable d'évaluer les retombées des orientations qu'il prendra au niveau de **la clientèle et du personnel**. Ce sont-là deux éléments incontournables de la réalité d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Le personnel et la clientèle sont les deux éléments majeurs de toutes entreprises.

Ces deux éléments représentent les deux groupes avec qui le centre d'hébergement et de soins de longue durée a à vivre quotidiennement. Il y a les relations avec les instances ou les partenaires: la régie régionale, le ministère, les associations professionnelles, les corporations; il y a aussi d'autres acteurs, que l'on pense aux familles, aux bénévoles, à la communauté; mais le personnel et les bénéficiaires représentent les deux univers, les deux ensembles les plus importants de la réalité du centre d'hébergement.

La gageure, d'un conseil d'administration, d'un CHSLD est de voir au développement simultané de la qualité de vie au travail et de la qualité des services.

La qualité de vie au travail, c'est l'application concrète d'une philosophie humaniste, par l'introduction de méthodes participatives, visant à modifier un ou plusieurs aspects du milieu de travail, afin de créer une situation nouvelle, plus favorable à la satisfaction des personnels et à l'efficacité de l'entreprise. L'application d'un tel programme provoquera une plus grande satisfaction du personnel et poussera l'organisation vers une plus grande efficacité. L'efficacité d'un centre d'hébergement étant la capacité de répondre d'une façon satisfaisante aux besoins exprimés par la personne hébergée, ce qui entraînera une satisfaction de vie plus grande pour la clientèle hébergée.

L' amélioration de la qualité de vie au travail devrait se répercuter sur la qualité des services. Qui plus est, les éléments composant la qualité de vie au travail et la satisfaction de vie des bénéficiaires sont semblables: nous parlons d'environnement et de confort physique, nous parlons d'indépendance et de responsabilités, nous parlons

d'influence et de communication, nous parlons d'organisation. Ce qui est vrai pour le bénéficiaire, l'est aussi pour le personnel.

Ces deux univers (personnel et bénéficiaires), une fois en équilibre, assureront à l'organisation un cheminement harmonieux. Ils deviennent les éléments-clés d'un centre d'hébergement. Le centre d'hébergement existe parce qu'il y a des personnes hébergées, le personnel doit y apporter des réponses appropriées, l'environnement général doit supporter cette démarche et le conseil d'administration doit initier ce processus.

Le modèle socialisant

Au modèle médical traditionnel, s'est substitué à la fin des années 70, sous l'influence des sciences humaines et sociales, un modèle social de l'organisation des services de santé. Ce modèle social diffère du modèle médical par sa conception de la maladie. Celle-ci est perçue comme un déséquilibre dans les interactions entre une unité sociale - l'individu ou la famille - et le milieu au sein duquel il évolue. Cette conception n'élimine pas l'existence de troubles purement organiques; par contre, la maladie n'est plus perçue comme un problème organique uniquement, mais elle y voit un phénomène complexe mettant en jeu toute une série de facteurs et d'implications entre l'individu malade, sa famille et le milieu au sein duquel se déroule son activité.

C'est l'affrontement entre vouloir guérir la personne vieillissante ou permettre à la personne de s'adapter pour faire face au vieillissement ou à sa perte d'autonomie. Il s'agit de deux écoles de pensée, de deux modèles de l'intervention, de deux visions de la vie, de deux systèmes de valeurs. **La personne vieillissante ou la personne en perte d'autonomie doit être un sujet et non un objet.**

Historiquement le centre d'hébergement et de soins de longue durée offre un continuum, plus ou moins discontinu, de services à travers ses milieux de vie. Cette notion linéaire est plus souvent qu'autrement statique. Le CHSLD doit construire **une mosaïque de milieux de vie**. Cette nouvelle dynamique répond aux attentes des personnes, aux besoins de la société québécoise et aux réalités contraignantes des finances publiques.

Cette réflexion, et de là, cette application nouvelle de la réalité des centres d'hébergement et de soins de longue durée doit s'appuyer sur quatre éléments de notre nouvel environnement socio-politique: a) le développement de nouvelles solidarités locales; b) le décloisonnement des structures et des programmes; c) l'innovation dans les réponses à apporter aux besoins de la population; d) la responsabilisation des acteurs locaux.

Depuis trop longtemps, beaucoup trop d'établissements oeuvrant auprès de la personne âgée refusent d'élaborer pour eux, pour leur personnel et surtout pour leurs résidants une philosophie d'intervention qui au bout du compte pourrait améliorer leur milieu de

vie. Trop souvent, nous nous contentons d'appliquer des normes, des directives, des décrets, des plans et ainsi d'administrer notre établissement comme le dépanneur de notre quartier.

Il est plus facile de répondre à des normes et des directives que de défricher de nouvelles avenues.

L'essence d'une approche bio-psycho-sociale: les grandes lignes pratico-pratiques

L'organisation physique des lieux.
La très grande majorité des établissements furent construits à une époque, pas si lointaine, où l'autonomie était un critère d'admission. Donc à l'heure actuelle nous avons de fortes chances de nous retrouver avec un centre d'hébergement et de soins de longue durée qui, sur le plan architectural, ne répond que très peu à la clientèle qui y réside. Mais l'utilisation de l'espace, l'utilisation de l'environnement et l'utilisation de mobilier et d'accessoires n'exigent pas des sommes astronomiques. L'imagination et la volonté d'améliorer le milieu de vie sont les seules limites.

La vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée fait appel à une activité communautaire et la majorité des personnes âgées n'ont guère connu ce style de vie. Nous devons donc prévoir des endroits, des pièces où la personne âgée pourra trouver une certaine intimité en dehors de sa chambre à coucher. Ces endroits pourront satisfaire le besoin de la personne âgée de ne pas toujours se retrouver avec d'autres personnes. La proximité continuelle de personnalités et de caractères différents peut susciter l'agressivité. De plus, la chambre à coucher même privée et à plus forte raison si c'est une chambre double, ne représente pas l'endroit privilégié pour établir des relations sociales. Enfin, des endroits d'une plus grande intimité permettront à la personne âgée d'extérioriser sa sexualité.

Il est faux de croire que dès son entrée au centre d'hébergement et de soins de longue durée, la personne âgée devienne asexuée. L'environnement et la censure du personnel sont responsables de cette situation.

Une attention particulière doit être portée sur l'éclairage car trop souvent, sous prétexte de la sécurité, fait-on en sorte d'aveugler la personne. L'utilisation d'un éclairage naturel et diffus améliore l'environnement. Un autre élément consiste à ne pas peinturer tout l'établissement de la même couleur ou de couleur neutre: le beige est très à la mode dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. La couleur est un stimulant et peut aider d'une façon significative l'orientation de la personne âgée. Le jeu des couleurs permet de créer un système de repères et aide à camoufler des endroits. Il est facile de l'utiliser.

L'entrée en centre d'hébergement et de soins de longue durée signifie la «dépossession«, on abandonne toutes ses choses, ses souvenirs. L'établissement

s'engage à tout vous fournir. Mais il serait beaucoup plus valorisant d'encourager la personne âgée à transporter certains effets personnels. Une chaise, un fauteuil, une table et même son lit, accompagnés de cadres, de photos, de bibelots peuvent faire la différence entre un environnement aseptisé et un milieu de vie personnalisé.

L'entrée en institution ne doit pas être synonyme d'abandon; s'il n'y a pas de place dans la chambre, alors pourquoi pas dans les salons, le hall d'entrée ou la salle à manger. Les centres d'hébergement et de soins de longue durée sont tous des copies conformes: les mêmes tables, fauteuils, chaises, lits, bureaux. Toute cette uniformité décourage l'identité, l'initiative et l'implication de la personne âgée. À l'intérieur de nos centres nous retrouvons une décoration froide. Très peu souvent nous verrons des photos, des tableaux, des cadres ayant une signification profonde pour les personnes âgées hébergées. Un milieu de vie chaleureux passe par la mise en oeuvre de ces petits détails.

Enfin un milieu harmonisant peut faire appel à l'utilisation de plantes et la présence d'animaux: un chat, un chien, des oiseaux, des poissons tissent des liens entre les personnes. L'ensemble de ces éléments rendra les lieux physiques plus stimulants pour les personnes âgées hébergées, lui assurera un milieu moins impersonnel et facilitera l'interaction entre toutes les personnes: bénéficiaires et personnel.

Les politiques et l'administration.

L'ensemble des politiques et des procédures représente, dans un sens, l'idéologie de l'établissement. C'est à ce niveau que nous retrouvons les grandes orientations aussi bien que l'encadrement des heures de visite et les mécanismes d'accueil des bénéficiaires et du personnel. C'est globalement les mécanismes de communication de l'administration avec toute l'organisation.

L'admission d'un bénéficiaire représente plus que de combler un lit. Chaque admission est un processus unique. L'entrée du futur bénéficiaire doit se planifier: la personne âgée ne change pas de milieu sans que cela puisse provoquer des traumatismes, il y a le choc de la rentrée. Une fois la mécanique du comité d'admission terminée, il faut impliquer le bénéficiaire et sa famille dans l'accueil. Une visite préliminaire est à retenir, un comité d'accueil composé par d'autres bénéficiaires et le parrainage sont des éléments à exploiter. Il faut voir à finaliser avant l'admission le dossier administratif et le dossier médical pour être capable de consacrer la journée de la rentrée à l'accueil de la personne. Ce n'est pas un lit que nous comblons, c'est une personne que nous accueillons, si désorientée soit-elle.

L'entrée en centre d'hébergement et de soins de longue durée est le plus souvent provoquée par des problèmes de santé, mais ces problèmes ne doivent pas dominer l'ensemble. Dans ce sens la structure médicale se doit d'être partie prenante des orientations de l'établissement au même titre que les autres composantes de l'organisation.

Un autre élément consiste à garantir la défense et la promotion des droits des bénéficiaires. La structure du comité des usagers doit répondre aux attentes des bénéficiaires et des familles. Il ne s'agit pas seulement de se conformer à la loi. Ce comité doit jouer un rôle actif tant sur la prestation des services que sur la programmation et le fonctionnement général du centre.

La participation des bénéficiaires et de leurs familles, dans la définition du plan d'intervention individuel, doit être une politique appliquée. La première personne concernée se doit d'être présente dans l'élaboration de ce que l'on souhaite pour elle.

Ces éléments ne représentent qu'une infime partie des politiques, mais ils reflètent l'ensemble. Que l'on pense à l'horaire des bains, à l'horaire des repas, etc... Ces éléments font partie de la qualité de vie de la personne âgée.

La dimension administrative fait aussi partie de la vie quotidienne de l'établissement. Le personnel administratif n'oeuvre pas en dehors des orientations de l'organisation. Sa présence au niveau de la vie quotidienne des bénéficiaires enrichit aussi la qualité de vie. Les contacts doivent être réguliers et ce personnel doit participer au développement de la vie institutionnelle.

La programmation.
La programmation doit teinter les orientations et s'assurer de leur transfert dans le quotidien. C'est la culture, l'approche et l'ouverture de l'organisation que nous retrouvons dans l'élaboration et l'application des programmes.

Les programmes doivent se coller sur les activités de la vie quotidienne et non pas se situer en dehors de toute réalité significative pour les personnes âgées. On peut très bien appliquer une activité de physiothérapie en se servant des activités usuelles au lieu de se lancer un ballon d'une personne à une autre. Ce n'est pas l'activité qui est mauvaise, mais le moyen que l'on prend.

L'objectif d'un programme n'est pas d'occuper la personne âgée à tout prix et durant des heures interminables mais bien de s'assurer qu'elle maintiendra un équilibre dans son fonctionnement.

Il est stupéfiant de constater que l'élaboration des programmes de toutes sortes se fait sans l'implication de la personne âgée. La somme des connaissances et des expériences des personnes âgées n'est guère utilisée et nous sommes surpris du peu d'empressement de la personne âgée à y participer. Il faut s'interroger sur notre manière d'agir. Il est préférable de ne pas essouffler la personne âgée avec une programmation que nous, nous croyons intéressante, l'avis de la personne âgée serait souhaitable.

Il s'agit d'élaborer une programmation qui rejoindra la culture et les intérêts de ceux à qui elle s'adresse. Il ne s'agit pas seulement de fêter Noël pour situer les personnes dans le temps, il faut fêter Noël et en même temps le faire dans l'esprit qu'eux veulent fêter Noël.

Le reproche que l'on entend n'est pas sur la quantité d'activités ou sur le genre du programme, c'est plus qu'à travers cette planification la personne âgée ne se sent pas écoutée. On ne lui parle pas. La personne âgée apprend qu'en étant malade elle recevra plus d'attention et que l'on s'occupera d'elle.

Nous allons résoudre son problème de santé, mais ce n'est pas de cela dont elle voulait nous entretenir. C'est une occasion manquée d'améliorer son état général. Une responsabilité que nous avons, c'est que la personne âgée arrive à trouver une nouvelle signification à sa vie, et ce défi n'est que très peu relevé. Ce n'est peut-être pas l'abandon ou la maladie qui provoque la dépression et le désoeuvrement de la personne âgée, c'est peut-être un sens à la vie qu'elle ne peut retrouver. Il appartient à l'organisation et à ses intervenants de restaurer et d'amener la personne vieillissante à se définir un nouveau sens à la vie. L'hébergement n'est pas synonyme de décès. Il est fort possible que la personne âgée séjourne trois, cinq ou dix ans dans le centre. Un nouveau modèle de vie peut être valable. Ce n'est pas l'activité «swingnante « qui est souhaitée, mais l'écoute et la disponibilité du personnel.

Une programmation souvent oubliée est le programme soutien aux familles. Nous nous faisons des familles beaucoup plus des adversaires que des alliées. Le placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée représente normalement la ressource ultime pour la famille. Le sentiment de culpabilité existe et nous le laissons s'envenimer. Ce sentiment de culpabilité se transférera sur le personnel et l'organisation sera pointée du doigt pour la piètre qualité des services offerts à leurs parents. Il serait simple, de la même façon que nous accueillons un bénéficiaire, de faire une démarche similaire avec la famille pour ventiler toutes leurs appréhensions et leur expliquer le processus du vieillissement et le cheminement qui s'en suivra. Ce scénario nous permettra de nous en faire des alliées et d'assurer à la personne âgée hébergée une ressource supplémentaire.

Les relations sociales.

L'entrée en centre d'hébergement et de soins de longue durée peut augmenter le risque d'isolement pour la personne âgée. Pour certains bénéficiaires, cette entrée peut signifier la mort à court terme et ils veulent mourir en paix, mais pour la très grande majorité à qui il reste des mois et des années, nous devons nous assurer que nous répondrons à leurs besoins de vivre dans un milieu vivifiant. La famille demeure le lien privilégié avec l'extérieur, mais en plus, il faut faciliter les échanges, les contacts tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement.

Pour une grande majorité des personnes présentant des problèmes sévères au niveau de l'autonomie, le milieu institutionnel deviendra la seule source ou à tout le moins la source principale de relations sociales. Le personnel, les bénévoles en plus de la famille, seront les principaux personnages gravitant autour de la personne âgée.

Pour le personnel, il est impérieux de s'assurer de la plus grande stabilité possible dans son travail. Déjà avec les horaires de travail stables, il peut passer plusieurs intervenants dans une journée auprès de la personnes âgée. Il ne faut pas en plus instaurer un système de rotation. La stabilité permettra à l'intervenant et à la personne âgée de tisser des liens d'amitié, les interactions dépasseront le simple aspect professionnel. De plus, les programmes de formation du personnel au niveau des relations humaines et de la relation d'aide entraîneront une complicité entre les intervenants et les bénéficiaires. L'organisation d'activités conjointes permettent d'améliorer cette situation.

L'implication intensive du bénévolat permet aussi de nous assurer d'un autre type de relations inter-personnelles. Le contact permet une vision du monde extérieur et là aussi l'innovation a sa place. Il arrive souvent que les bénévoles aient un âge se rapprochant du bénéficiaire visité. Le bénévolat juvénile est une piste nouvelle qui enrichirait le milieu de vie.

La visite régulière de représentants de la communauté permet aussi le maintien de contacts avec le monde extérieur. Le centre d'hébergement et de soins de longue durée, comme nous l'avons déjà souligné, fait partie de la communauté, c'est à l'organisation de faciliter le va-et-vient.

Parlons d'hébergement chez nous...
Ce qu'il faut retenir, c'est qu'un CHSLD n'est ni un hôpital et ni un «Club Med» pour personnes vieillissantes et en perte d'autonomie.

Aussi un CHSLD, ce n'est pas strictement un édifice de 4 ou 5 étages. C'est une brochette de milieux de vie et ces milieux de vie sont dynamiques et animés. Et un CHSLD est aussi un acteur important dans la vie d'une communauté.

L'hébergement institutionnel est une avenue comme le maintien à domicile est aussi une avenue possible pour la personne vieillissante et en perte d'autonomie. Mais il y autres choses.

Nous devons prendre la gageure d'accueillir des personnes en perte importante d'autonomie ailleurs que dans le milieu institutionnel traditionnel.

1) **Redynamiser** et mieux encadrer notre réseau de résidences d'accueil de type familial, ce que nous appelons dans notre jargon des RTF.

2) **Développer** un réseau de résidences d'accueil que nous pourrions appeler spécialisées. Des résidences d'accueil de type familial adaptées sur le plan architectural.

3) **Développer** un réseau d'appartements adaptés et supervisés qui répondent prioritairement aux couples, couple au sens large du mot, et qui fait en sorte que le couple ne se sépare pas parce que l'un de ses membres est en perte importante d'autonomie. Ce réseau pourra se développer en collaboration avec les offices municipaux d'habitation. Ça se fait ailleurs.

4) **Développer** des résidences communautaires qui accueillent des clientèles spécifiques.

Parallèlement, nous devons bonifier nos programmes d'hébergement temporaire tant milieu institutionnel que dans les résidences d'accueil de type familial. Nous pouvons développer un programme de garde de jour et un programme de soutien à l'hébergement dans les résidences privées. Et il y a une multitude d'avenues novatrices que nous pouvons trouver en y réfléchissant.

Et nous nous devons d'interpeller les composantes de notre communauté locale et territoriale.

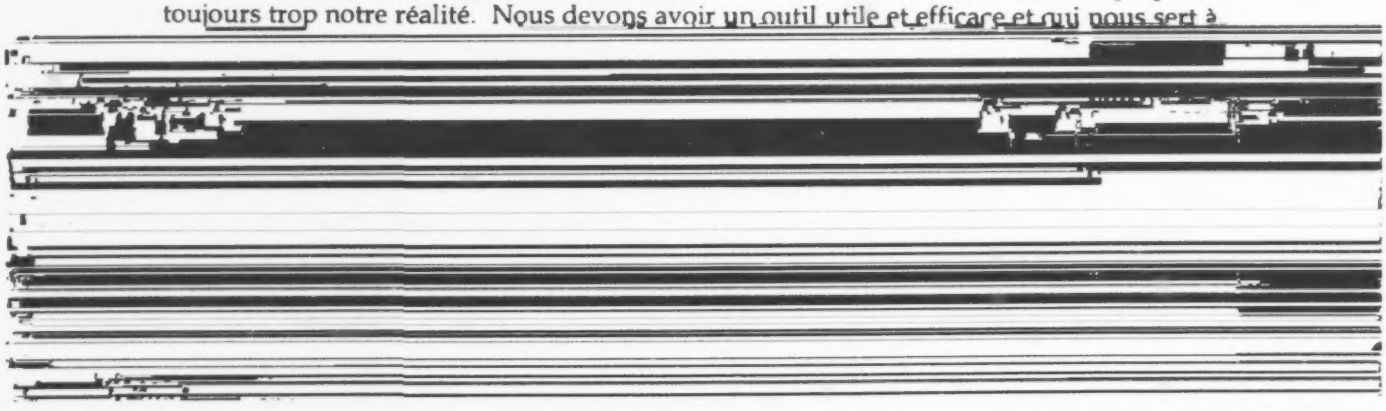
Encore faut-il que les composantes de notre communauté locale et territoriale se fassent confiance.

Encore faut-il que les composantes de notre communauté locale et territoriale mettent en commun ses ressources.

Et c'est la «job» du CHSLD de le faire.

Une recette
La recette est simple et comporte trois ingrédients.

1) **une philosophie d'intervention à caractère bio-psycho-social:** entendre une illustration simple et originale de la réalité. Par définition nous nous compliquons toujours trop notre réalité. Nous devons avoir un outil utile et efficace et qui nous sert à



3) **une gestion ouverte:** entendre que les objectifs soient clairs, qu'il y ait une vision éclairée et dynamique de l'avenir et que nous utilisions au maximum les compétences de tous et chacun.

Plus scientifiquement nous pourrions dire que cette réalité doit se traduire par une approche systémique, une équipe trans-disciplinaire, un style de gestion participatif.

Cette chimie donnera des milieux de vie thérapeutiques et communautaires.

À la fin...
Alors nous parlerons de plan de vie, d'heures-vie et de milieux de vie. Un milieu de vie, étant le plateau de travail de la VIE, c'est là où se passe l'action. Un milieu de vie fait partie intégrante d'une communauté locale.

Pas mal plus enrichissant pour tout le monde de parler de milieux de vie que de parler de milieux de soins aseptisés.

Une orientation
L'intérêt de l'approche bio-psycho-sociale est qu'elle fait appel à toutes les ressources de l'intervenant, celui-ci n'étant plus seulement considéré comme un simple dispensateur de services, elle s'adresse à la satisfaction des besoins bio-psycho-sociaux de la personnes âgée hébergée. Une telle approche tout en stimulant les valeurs des personnes, est aussi exigeante car elle remet en questions des pratiques, des attitudes, des comportements et des mentalités séculaires. Cette approche exige une réflexion et un cheminement sérieux, tout ce processus devant se développer dans une société, un réseau en modification quasi permanente. Les ressources financières de l'Etat sont limitées, les ressources humaines à bout de souffle et les exigences de plus en plus grandes: et comme je le disais au début, une société où la personne vieillissante et en perte d'autonomie n'est pas une priorité. La société québécoise a fait d'autres choix au niveau de la santé. La société québécoise a centré historiquement et centre encore aujourd'hui l'organisation de ses programmes et de ses services de santé dans le secteur hospitalier. Nous sommes les parents pauvres du réseau, essayons d'adapter notre environnement à cette pauvreté.

Un tel virage exige une volonté ferme et un goût du risque. L'approche bio-psycho-sociale présente des avenues intéressantes, nous devons poursuivre à investir temps, énergie et passion dans son développement.

Mais nous ne devons pas oublier qu'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'abord un milieu de vie, que le vieillissement n'est pas une maladie et que la personne âgée, comme toutes autres personnes, a des besoins bio-psycho-sociaux à satisfaire. Il ne faut pas oublier que tout individu cherche à se développer quel que soit son âge et son état.

Et en tant qu'intervenants et intervenantes, il nous appartient de «bouger» ce réseau. Il nous appartient de le mettre en changement pour que nous puissions répondre aux besoins de la population vieillissante.

Un milieu de vie

Élaboration par Lucien Pelletier (1990) • Adaptation par Bernard Fournelle (1997)

Attributs ce qui est propre ou particulier	**Milieu de vie "gérontologique"** milieu où les lieux sont adaptés au grand âge	**Milieu de vie "thérapeutique"** milieu qui énergise ses individus en leur donnant les moyens de vivre mieux	**Milieu de vie "communautaire"** milieu où les autres nous aident à nous réaliser et où nous aidons les autres à se réaliser
Digne	L'homme est grand d'abord parce qu'il existe d'autant plus s'il a beaucoup "existé".		
Patient	Le temps et le mouvement sont différents avec l'âge.		
Calme et détendu	Le bruit et le stress se marient mal avec la vieillesse.		
Aidant	Deviner les attentes de la personne âgée, comprendre ses pertes, s'adapter à ses handicaps, compenser ses limites.		
Facilitant	L'environnement s'ajuste aux réalités physiques et psychologiques du grand âge.		
Accueillant	La personne âgée est chez elle à part entière, elle est partie intégrante d'un tout harmonieux.		
Familial	Sa famille fait partie du vécu quotidien de la personne âgée.		
Attachant	Vivent des personnes suffisamment significatives et actives pour donner le goût de vivre cette dernière étape de la vie, pour soi et pour les autres.		
Ecoutant	La personne âgée peut compter sur une écoute active, un milieu où les aidants recoivent, décodent tant le "dit que le non-dit".		
Personnalisé	La personne âgée peut affirmer ses goûts, sa personnalité, sa culture, son individualité et ses particularités.		
Respectueux	L'expérience acquise est irremplacable, elle sert de point de repère dans la relation et commande une grande délicatesse du geste et du verbe.		
Actualisant	Le quotidien de la personne âgée se vit dans le présent, dans l'aujourd'hui.		
Responsabilisant	La personne âgée a tout un éventail de choix possibles pour s'assumer.		
Reconnaissant	La personne âgée est reconnue tant pour ce qu'elle a été, que pour ce qu'elle est, que pour tout ce qu'elle a apporté et qu'elle apporte à la société.		
Esthétique	Est favorisé et valorisé le beau, le raffiné, le confortable adaptés et intégrés au grand âge.		
Créatif	Vivre son grand âge est motivant, stimulant, surprenant, excitant.		

L'intervention - L'équipe - La gestion

Élaboration par Lucien Pelletier (1990) • Adaptation par Bernard Fournelle (1997)

Type	Caractéristiques principales	Equipe Actualisation	Style de gestion Support	Milieu ambiant	Instrument Actualisation	Mesure Actions
Intervention primaire	**Disciplinaire** (agir est fonction de la discipline professionnelle concernée)	**Multi-disciplinaire** (équipe s'informe mutuellement des diagnostiques et des prescriptions de service de chaque discipline)	**Conventionnel** (peu de co-relation entre intervention et style de gestion) (équipe doit s'insérer dans les constats administratifs)	**Milieu de traitements** (exécute les prescriptions dictées par les professionnels)	**Plan de soins individualisés**	**Des heures soins**
Intervention secondaire	**Systématique** (agir est fonction d'un modèle scientifique éprouvé et procède de cause à effet)	**Inter-disciplinaire** (équipe partage ses visions, établit un plan commun d'action en fonction d'une problématique donnée et ce dans un modèle adopté par tous)	**Consultatif** (co-relation entre mode de gestion et mode d'intervention) (équipe a besoin d'une voix aux priorités, aux budgets, aux programmes pour actualiser le plan d'action)	**Milieu thérapeutique** (stimuli à suivre diverses thérapies de mieux-être bio-psycho-social)	**Plan d'intervention individualisé**	**Des heures intervention**
Intervention tertiaire	**Systémique** (agir est fonction de la vie de l'individu, un tout intégré: valeurs, émotions, famille, culture, humeurs, environnement)	**Trans-disciplinaire** (équipe intègre une vision commune des besoins fondamentaux de la personne âgée) (établit des programmes et une programmation pour y répondre adéquatement) (Identifie les personnes ou groupes significatifs à poser des actions concertées)	**Participatif** (tous les inter-venants sont significatifs dans la gestion et les objectifs de l'organisation)	**Milieu de vie thérapeutique et communautaire** (stimuli à vivre pleinement malgré toutes les limitations du vieillissement) (la personne peut compter sur son milieu pour y arriver)	**Plan de vie**	**Des heures vie**

Clientèle : Population vieillissante à maintenir en santé

Élaboration par Lucien Pelletier (1990) • Adaptation par Bernard Fournelle (1997)

Principales caractéristiques	Services de 1ère ligne	Services de 2ième ligne	Services de 3ième ligne
Santé	Déséquilibre sporadique	Déséquilibre continu	Déséquilibre majeur
Autonomie	Perte légère	Perte sévère	Perte sévère spécifique
Heures intervention	Occasionnelles	Continues	Spécialisées
Encadrement	Léger	Constant	Fort
Milieu de vie	Déséquilibre mineur	Déséquilibre majeur	Déséquilibre majeur
Ressources du réseau	CLSC - CH	CHSLD	CH spécialisé
Catalyseur - Action	Prévention, prise en charge du milieu	Milieu de vie institutionnel	Traitement spécialisé
Déclencheur de la demande	Malaise	Milieu de vie inexistant, perturbé, insuffisant	Maladie
Besoin	Etre orienté, informé, adapté	Milieu de vie institutionnel	Etre guéri

Synthèse du modèle conceptuel de Bowker.
modèle adapté par Bernard Fournelle (1991) ©

CONCEPT **Humanisation de l'approche face au vieillissement**

MODELE **Socialisant**

- maintien du système biologique
- humanisation des interventions du personnel
- fonctionnalité des équipements
- intégration
- réponses aux besoins individuels
- intégrité de la personne

APPROCHE **psycho-sociale**

DIMENSIONS
- **l'organisation physique des lieux**
- **les politiques et l'administration**
- **la programmation**
- **les relations sociales**

INDICATEURS - **37 indicateurs différents**

Synthèse du modèle de Bowker

Les indicateurs

Élaboration par Bernard Fournelle (1991) ©

L'organisation physique des lieux

1. L'espace disponible pour que les bénéficiaires conservent leurs effets personnels.
2. L'utilisation d'un éventail de couleurs.
3. L'allocation d'espaces privés adéquats à la disposition des bénéficiaires, facilitant ainsi l'expression de son affectivité et de sa sexualité.
4. L'allocation d'espaces permettant aux bénéficiaires l'établissement de relations avec d'autres personnes.
5. L'utilisation de tableaux d'affichage et d'autres moyens pour diffuser l'information.
6. L'utilisation de la lumière naturelle et artificielle.
7. L'utilisation d'ameublement non-institutionnel.
8. L'aménagement de l'ameublement à l'intérieur des chambres et des endroits communautaires.
9. L'utilisation de " choses vivantes " afin d'harmoniser l'aménagement physique des lieux.
10. L'utilisation de l'aménagement extérieur.

Les politiques et l'administration

1. Faciliter le choix aux familles et/ou aux conjoints entre l'hébergement permanent, l'hébergement temporaire, l'hébergement de jour, l'hébergement perlé.
2. L'humanisation de l'approche fait appel à une réponse équilibrée entre les besoins de sécurité physique et les besoins psycho-sociaux.
3. Les mécanismes utilisés dans les communications entre l'administration et les bénéficiaires.
4. Le degré d'humanisation dans les politiques et procédures médicales.
5. L'attention portée sur l'intégration des bénéficiaires dans les premiers mois de leur arrivée.
6. La responsabilisation des bénéficiaires face aux choix de participer ou non aux différents programmes offerts par le centre.
7. La flexibilité dans les horaires afin de répondre aux différents besoins des bénéficiaires.
8. La promotion du comité des usagers dans la défense de leurs droits.
9. La promotion de l'intégration du bénéficiaire et de sa famille dans l'élaboration de son plan de vie.
10. L'allocation de temps pour la réévaluation du plan de vie individuel.
11. L'élaboration et l'application d'un code d'éthique.

La programmation

1. La disponibilité d'un programme soutien et de relation d'aide aux bénéficiaires.
2. La disponibilité d'un programme favorisant la réminiscence.
3. La disponibilité d'un programme culturel.
4. Un programme facilitant la pratique religieuse et les possibilités d'expression de valeurs spirituelles.
5. Une programmation favorisant l'entraide, le parrainage et le soutien entre les bénéficiaires.
6. La disponibilité de groupes de soutien aux familles et aux conjoints.
7. L'intégration à la communauté facilitant la circulation de l'information et la participation à des événements communautaires.
8. Une programmation soulignant les fêtes, les anniversaires et d'autres événements à caractère social.

Les relations sociales

1. Une assignation stable pour les membres du personnel à des unités spécifiques de travail.
2. L'identification de certains endroits afin de faciliter les relations entre le personnel et les bénéficiaires.
3. La participation de personnes de l'extérieur aux événements du centre.
4. Le recrutement et l'implication des bénévoles.
5. Une programmation d'événements afin de promouvoir la participation conjointe des bénéficiaires et de leur famille.
6. Une invitation aux membres de la famille à visiter régulièrement et en tout temps les personnes âgées au centre.
7. La formation du personnel à la relation d'aide et à la communication par le toucher.
8. La formation du personnel pour l'accompagnement de la personne âgée, et de sa famille, en phase terminale.

L'approche bio-psycho-sociale: Perspectives médicales

Dre Debora Andriuk, md

Médecine Gériatrique

Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, Cowansville

CLSC-CHSLD La Pommeraie

CA Cowansville

Forum hébergement 2001

Regroupement des CHSLD-CLSC de la Montérégie

Régie régionale de la Montérégie

Granby (Québec)

Le 28 mars 2001

Introduction

La pratique médicale en établissement connaît certaines faiblesses et lacunes; difficulté de recrutement, visites médicales rapides, irrégulières et peu fréquentes dont l'élément essentiel se borne à la prescription de médicaments, manque de disponibilité entre les visites, surabondance de prescriptions médicamenteuses, dossiers incomplets, participation mitigée aux réunions multidisciplinaires et indifférence envers le travail des autres professionnels. Ces difficultés reflètent le manque traditionnel d'intérêt des médecins pour ce mode de pratique.

Il y a donc plusieurs aspects de la pratique médicale qui seront à revoir dans un contexte global d'alourdissement des tâches des médecins et de vieillissement de la population.

Le but de l'intervention médicale est donc d'évaluer le potentiel de chacun afin de l'aider à le réaliser, tout en améliorant sa *qualité de vie*.(1)

C'est à partir de ces prémisses et objectifs qu'il sera possible de revoir le rôle du médecin dans une philosophie bio-psycho-sociale.

De façon pratique et concrète, il sera intéressant d'identifier les individus avec lesquels le médecin interagit, afin de mieux cerner son rôle.

Il s'agit du résidant, de sa famille ou proches, le personnel(infirmier, préposé, para-médical), et la direction de l'établissement.

(1) Précis Pratique de Gériatrie, Arcand et Hébert

Le Résidant

Tout d'abord, notre rôle premier est de s'assurer du bien-être du résidant. Le but est non seulement de soigner les pathologies qui l'affligent, mais aussi de soigner sa personne au sens large en visant le maintien d'un état de santé optimal.

Le tout débute par une évaluation médicale complète de l'individu. Pour une clientèle avec déficits cognitifs, cette démarche doit se faire avec la famille ou les proches. Tout d'abord, il faudra recueillir l'information sur ses antécédants médico-chirurgicaux ainsi que psychiatriques et les problèmes de santé actifs. Il arrive souvent que le résidant ne soit pas connu du médecin du centre et qu'il soit pertinent de faire suivre le dossier du médecin traitant antérieur.

Il sera ensuite possible d'établir une liste de problèmes actuels ainsi qu'une liste de médicaments. Devant les pluripathologies dont est atteinte cette clientèle, il faut être particulièrement vigilant face aux interactions médicamenteuses et aux effets indésirables, d'où l'importance de faire équipe avec le pharmacien de l'établissement.

Par la suite, il faudra inclure une évaluation de l'état cognitif de base et ses répercussions au niveau fonctionnel et comportemental.
Une brève histoire de vie peut aider à comprendre le niveau fonctionnel antérieur et les capacités résiduelles.

L'objectif sera de diminuer ou du moins maintenir les atteintes physiques et psychiques afin de minimiser leur impact fonctionnel.Par exemple, diminuer la polypharmacie pourrait avoir pour effet de réduire les troubles de la marche, les chutes et l'utilisation des contentions. De même, face au contrôle adéquat de la douleur, réduire l'anxiété, minimiser l'impact des atteintes cardio-respiratoires. Il est très important de garder en tête les changements de l'état physique, physiologique et psychologique qui sont stritement reliés au *vieillissement normal* de l'individu et qui sont nullement pathologiques. ***Vieillir n'est pas une maladie.***

Les atteintes sensorielles sont souvent sous-estimées et peuvent nuire à l'intégration, à l'orientation et entraîner des comportements perturbateurs en soi. Par exemple, le résidant qui ne peut trouver sa chambre, qui n'entend pas les consignes, peut présenter un comportement donnant le change pour de l'errance, du retrait social, un manque de collaboration qui pourrait être interprété comme de l'entêtement…

Il faut aussi se rappeler que le caractère évolutif des atteintes cognitives dégénératives appellera le médecin à ré-évaluer la situation périodiquement.

Les aidants

Viennent ensuite le réseau familial ou les aidants naturels. Comme il y a fréquemment une inaptitude à gérer les biens et la personne, les décisions et le consentement aux soins se feront souvent via le (la) mandataire et la famille. Il est donc essentiel d'établir une bonne

communication et un lien de confiance. La relation n'en sera que plus gratifiante. Ce sera souvent avec les proches que le médecin devra discuter des niveaux de soins (intensité, réanimation cardio-respiratoire, transfert en milieu hospitalier), de la mise en vigueur de nouveaux traitements et l'évolution de la ou des maladies. Il sera donc possible de revoir les attentes des proches et du résidant aux diverses étapes de la vie et de la maladie.

Il sera aussi pertinent de discuter de la tolérance au risque , qui,selon moi est indispensable. Cette question devra se poser face aux contentions chimiques et surtout, physiques. Accepte-t-on de laisser circuler un résidant qui peut présenter un risque de chute, pour l'unique motif de prévenir une fracture tout en sachant que les contentions en elles-même représentent un risque de blessures et un usage accru de médicaments psychotropes, entraînant une perte d'autonomie fonctionnelle? Une décision éclairée prise par les proches avec le médecin et le reste du personnel atténuera l'anxiété de tous.

Dans la mesure du possible, il faudra adapter les plans d'interventions aux désirs du résidant et de ses proches. L'ouverture et l'encouragement à leur participation active saura établir un lien harmonieux entre tous. Cependant, de par le lien affectif des proches envers le résidant, et les limites de leurs connaissances sur le plan médical et scientifique, le médecin aura tout intérêt à orienter certaines décisions, tout en tenant compte de l'aspect bio-psycho-social; ce sera particulièrement souhaitable dans des situations litigieuses au niveau éthique.

Les intervenants

Par intervenants, je sous-entends tout individu qui intervient de près ou de loin auprès du résidant: infirmier(ère), préposé(e), thérapeute en réadaptation, ergothérapeute, pharmacien(ne), technicien(ne) en loisirs, psychologue, intervenant social, etc. L'intervention envers chaque résidant sera plus ou moins intense et pourra être séquentielle dans le temps.

Un bon niveau de communication est essentiel entre les intervenants, car le travail prend tout son sens dans l'interdisciplinarité. C'est la façon la plus complète de connaître le résidant, sa famille, ses capacités et ses attentes. Il est donc essentiel que le médecin soit disponible et ouvert à ce genre d'intervention.

Le médecin peut aussi avoir un rôle dans la formation du personnel. Tout d'abord, une connaissance du vieillissement normal saura diminuer les attentes envers le médecin, de qui on voudrait souvent voir prescrire une «pillule-miracle» contre tous les maux. De plus, la connaissance sommaire des effets souhaitables et indésirables d'un traitement médicamenteux ou autre aidera le médecin à évaluer l'efficacité de son intervention thérapeutique.

Indirectement, ceci augmentera l'implication de chacun auprès du résidant et renforcera son rôle d'aidant. Il pourra ainsi se former un lien de confiance entre le médecin et les autres membres du personnel.

Le respect des compétences des autres professionnels sera aussi favorisé, d'où la complémentarité de chaque membre de l'équipe.

L'administration

Dans cette sphère, le rôle du médecin est moins prépondérant, mais quand même pertinent. Que ce soit au niveau de l'amélioration des interventions faites auprès des résidants (compétences, outils d'évaluation, protocoles pharmaceutiques, qualité des interventions, etc.) des effectifs oeuvrant dans le milieu, ou l'amélioration des lieux physiques, il est important que le médecin soit informé et qu'il existe un bon niveau de communication avec la direction.

Conclusion

Avec la nouvelle réalité de la clientèle en CHSLD, l'éventail des effectifs, je crois qu'une intervention basée sur le respect , tant du résidant, de ses proches, que des intervenants est la voie du succès d'une philosophie «milieu de vie», des milieux de vie où chacun saura trouver une voie vers une *vie* stimulante, agréable et harmonieuse.

L 'adaptation des services et des milieux aux clientèles en CHSLD

Les résultats de la consultation

Les résultats

- Les répondants
- La période de sensibilisation
- Les leviers
- Les obstacles
- Un projet et un engagement
- Des attentes
- La formation
- Des facteurs de succès

Les répondants

- **Des gestionnaires et des personnels cliniques et autres**
- **Ils ont plus de treize ans d'expérience en CHSLD**
- **La philosophie milieu de vie:**
  - **Connue depuis plusieurs années**
  - **Milieux de vie et de soins**

La période de sensibilisation

- Philosophie vécue comme pertinente
- Compréhension dans les établissements plus ou moins égale
- Ne pas sous-estimer le chemin effectué dans plusieurs établissements
- D'autres publics à rejoindre

Les leviers

- **L'adaptation aux clientèles diversifiées**
- **Une approche déjà implantée dans certains CHSLD**
- **Mobilisation régionale**
- **Le personnel réclame de la formation**
- **Des réussites et des modèles témoins**

Les obstacles

- Les budgets et les effectifs
- L'organisation du travail
- L'approche institutionnelle traditionnelle
- Conscience des difficultés chez certains acteurs
- Les lieux physiques
- Les contraintes juridiques et règles administratives
- Le personnel épuisé, méfiant, craintif
- Le scepticisme face au support dans toute la démarche

Un projet et un engagement

- Réalisme
- Leadership des cadres
- Plan bien préparé
- Objectifs clairs et cohérents
- Un comité de pilotage
- Un chargé de projet
- Sensibilisation
- Information continue

Des attentes

- Orientations claires
- Programmation et types de clientèles
- Planification concrète, réaliste
- Des moyens
- Soutien des responsables
- Sensibilisation de divers acteurs
- Respect des situations et des rythmes
- Le Forum: faire le point

La formation

- La philosophie et les modèles
- Les plans d'intervention
- Les approches en fonction des clientèles
- L'expérimentation
- La gestion du changement

Des facteurs de succès

- Plan de sensibilisation et de communication
- Plans opérationnels en fonction des clientèles
- Objectifs réalistes et moyens financiers
- Soutien aux gestionnaires
- Implication des syndicats
- Collaboration du milieu médical
- Échanges et partage des expériences

Marie-Hélène Tétreault

Forum hébergement 2001

Regroupement des CHSLD-CLSC de la Montérégie
Régie régionale de la Montérégie

Granby

Mars 2001

Depuis une vingtaine d'année, plusieurs chercheurs et intervenants du Québec et d'ailleurs ont réfléchi et écrit sur le thème« milieu de vie », le présentant comme un concept, une philosophie ou encore une approche. Thème qui est au cœur du présent Forum, une philosophie qui est au cœur de notre propos.

De tous ces écrits il ressort certaines constantes, dont celle qui précise qu'un « milieu de vie » se situe dans un environnement physique et humain. L'objet de cet atelier est justement de proposer une réflexion sur l'impact d'une philosophie « milieu de vie » sur l'environnement physique.

Afin de mesurer cet impact et d'en ressortir une démarche d'action qui permettra aux gestionnaires de rendre leur milieu physique capable de répondre aux besoins des utilisateurs dans le cadre d'une philosophie « milieu de vie », nous vous proposons ici un canevas de travail.

Ce canevas devrait vous permettre de :

Au niveau de la philosophie

- réfléchir sur la clientèle hébergée et cerner ses besoins avec comme guide le cadre de référence ;
- prioriser les aspects de la philosophie « milieu de vie » que vous désirez retrouver dans votre milieu afin de répondre aux besoins de la clientèle, avec comme guide une grille de valeur ou encore des objectifs comme ceux énoncés dans la grille de travail de votre coffre à outils.

Au niveau de l'environnement physique

- prioriser les attentes face à votre environnement physique, en évaluant le plus objectivement possible l'environnement, de façon qualitative et quantitative, ce qu'on a et en identifiant ce que l'on voudrait avoir afin de répondre aux besoins de la clientèle selon les aspects priorisés ;
- identifier les moyens à privilégier et les actions à poser selon chacun des aspects priorisés, identifier leur ampleur et leur nécessité dans le temps ;
- identifier les équipements qui vont permettre à la personne hébergée de faire ses activités et se mobiliser seule mais qui vont aussi faciliter ces activités et cette mobilisation pour le personnel ;
- tenir compte des ressources disponibles, humaines, financières et immobilières.

Évaluer objectivement l'environnement signifie évaluer le milieu physique dans sa capacité à répondre aux besoins des personnes hébergées et du personnel en tenant compte de la philosophie d'intervention que l'on veut mettre en place et non des habitudes de chacun.

Identifier l'ampleur des travaux signifie évaluer les réaménagements à faire en fonction des aménagements actuels, des ressources disponibles et de la qualité de vie qu'il sera possible d'offrir à la suite de ces travaux. L'ampleur des travaux peut aller du plus lourd au plus facile, soit par exemple de la construction d'un nouveau bâtiment, à l'agrandissement, aux changements de cloisons, à une peinture ou une décoration nouvelle.

Identifier leur nécessité dans le temps signifie évaluer les besoins immédiats, à court, moyen ou long terme. Identifier les solutions qui nécessiteront des réaménagements plus complexes, se faisant en une seule phase, à ceux qui peuvent s'échelonner sur une période plus ou moins longue et comprendre des intermédiaires.

Il est important de bien identifier les besoins à combler, les composantes de la philosophie que l'on veut mettre en place, et les réaménagements qui vous permettront de le faire. L'aménagement peut être un élément facilitateur à la mise en place d'une philosophie d'intervention, si la volonté de suivre cette philosophie est présente. L'aménagement ne peut remplacer cette volonté, ni l'aspect humain de l'environnement.

Le regroupement des CHSLD-CLSC de la Montérégie et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

L'approche par compétence

Extraits adaptés du « Guide à l'intention des conseils d'administration et des directions générales » élaboré pour la Régie régionale de Montréal-Centre, octobre 2000

Février 2001

1. L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES

1.1 Qu'est-ce que l'approche par compétences?

C'est une façon rationnelle et intégrée d'aborder la gestion des ressources humaines en se basant sur l'identification des compétences nécessaires au succès des individus et de l'organisation.

⇨ **Une approche liée au succès de l'organisation**

Typiquement, on commence par définir, sur une base participative, des compétences liées au succès. La notion de succès est ici fondamentale : cela présuppose que l'on tient compte des orientations stratégiques et de la globalité du contexte dans lequel évolue l'organisation. Cette réflexion peut se faire pour l'entreprise dans son ensemble, pour certains postes-clés, pour des regroupements de postes, ou au niveau de chaque poste. Ces compétences servent alors de base pour initier une foule d'interventions de gestion : gestion du changement, formation et développement, planification de la relève, etc.

⇨ **Une approche intégrée**

Cette approche présente le grand avantage de fournir une base de discussion et d'intervention structurée, concrète et mesurable. Par ailleurs, c'est une approche intégrée dans le sens qu'elle peut servir de référentiel commun pour tous les aspects de la gestion des ressources humaines. Cela devient le «dictionnaire» ou le répertoire à partir duquel on s'inspire pour développer les pratiques de sélection, de formation et développement, de culture organisationnelle, etc.

1.2 Qu'est-ce qu'une compétence ?

⇨ **Savoir + savoir faire + savoir être**

C'est un ensemble de connaissances (savoir), d'habiletés (savoir faire) et d'attitudes (savoir être) requises pour rencontrer les performances attendues dans un poste ou dans une organisation.

⇨ **Les facteurs distinctifs**

Exemples : être orienté vers le client, maîtriser la solution de problèmes, gérer l'ambiguïté, avoir une pensée stratégique.

⇨ **Un portefeuille complet**

Il existe deux façons de concevoir les compétences :

1) Le plus souvent, lorsqu'on parle de compétences, on réfère à celles qui distinguent les hauts performants des performants moyens. Il s'agit alors des facteurs distinctifs liés au succès. On parle donc des compétences qui font la différence, ou, pour utiliser un terme courant, des compétences-clés.

2) Certains modèles définissent l'ensemble des compétences personnelles, professionnelles et techniques nécessaires à l'exercice d'une fonction ou d'un poste. Cette approche n'exclut pas la possibilité d'identifier, parmi l'ensemble des compétences, les compétences-clés.

1.3 Les postulats de base de l'approche par compétences

⇨ **Compétences**

- Le succès de la stratégie organisationnelle est directement lié à la maîtrise de compétences précises

La recherche démontre hors de tout doute 'que la performance est directement liée à la maîtrise de certaines compétences. La même chose s'applique au niveau des organisations. Une organisation qui voudrait, par exemple, améliorer le niveau de service à la clientèle ne pourrait le faire que par le biais d'une meilleure maîtrise collective de compétences précises telles l'orientation-client.

⇨ **Ce que je fais vs ce que je dis que je fais**

- Les compétences sont de meilleurs prédicteurs de succès que les traits de personnalité ou les valeurs personnelles

La logique veut que c'est ce que l'on fait plutôt que ce que l'on affirme avoir l'intention de faire qui a plus d'impact sur la performance [2].

⇨ **Une compétence, ça se développe !**

- Les compétences se mesurent

En la définissant de la façon la plus concrète et opérationnelle possible, on en vient à observer le niveau de maîtrise d'une compétence donnée. Évidemment, l'exactitude de la mesure variera selon le nombre d'observations sur lesquelles on se base, mais aussi selon le nombre d'observateurs. À noter que la recherche démontre que nous ne sommes pas de très bons évaluateurs de nos propres compétences ! D'où l'intérêt d'obtenir des observations de plusieurs personnes.

- Les compétences peuvent être développées

C'est un des principaux intérêts de l'approche. Bien sûr, certaines compétences sont plus difficiles à développer que d'autres. Par exemple, la capacité à écouter est plus difficile à développer que la planification de projet. Plus une compétence est liée à nos attitudes fondamentales et à nos valeurs personnelles, c'est-à-dire plus profondes sont ses racines, plus il sera difficile de la développer. Il n'en reste pas moins qu'il y a possibilité de s'améliorer sur toutes les compétences, si la volonté y est, bien sûr !

⇨ **Les compétences d'hier, celles de demain !**

- Les compétences identifiées comme menant au succès peuvent varier dans le temps en fonction du contexte dans lequel évolue un poste ou une organisation.

À mesure qu'évoluent les défis, les compétences requises pour les rencontrer varient. Le haut performant d'hier performera peut-être différemment demain. D'où l'importance d'avoir une lecture régulière des compétences requises et démontrées par les personnes-clés de l'organisation !

---

[1] Huntel, J.E., Schmidt, F.L. Judiesch, M.K. (1990), Individual differences in output variability as a fonction of job complexity, Journal of Applied Psychology, 75, (1), 28-42.

[2] Guion, R.M. (1991), Personnel assessment, selection and placement. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds), Handbook of industrial and organizational psychology, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

1.4 Les applications possibles

⇨ **Tout est dans un, un est dans tout !!**

L'identification des profils de compétences peut devenir le pivot des démarches de :

- Description et évaluation des postes

Description de postes : on peut y retrouver les compétences en termes d'exigences du poste.
Évaluation des postes : certains se servent des compétences en rémunération, afin de distinguer à quelle classe salariale appartient tel ou tel poste.

- Sélection et dotation

Il est relativement facile et très intéressant de développer les grilles d'entrevue en fonction des compétences liées au succès du poste qu'on cherche à combler.

- Gestion du rendement

On retrouve fréquemment les compétences-clés à l'intérieur même des formulaires d'appréciation du rendement : une belle façon d'assurer la cohérence des exigences.

- Formation et développement

Avec la sélection, il s'agit de l'application la plus « rentable » pour une organisation : mettre en place des mécanismes pour aider les gens à élargir et à approfondir leur répertoire de compétences, en priorisant celles qui sont liées au succès.

- Carrière et relève

Attention ! Les compétences qui nous permettent d'identifier une personne comme étant un « haut potentiel » dans une organisation ne sont pas nécessairement les mêmes que celles recherchées chez un personnel typique.

- Culture organisationnelle

Que ce soit pour amorcer un changement de culture, ou pour faciliter une fusion, il est possible d'identifier les compétences liées au succès de ces changements, de faire l'état de la situation actuelle, d'identifier les écarts et d'agir sur ces écarts par des programmes ou des interventions collectives.

1.5 Les avantages de l'approche par compétences

⇨ **La cohérence**

- Assurer la cohérence des pratiques de ressources humaines avec les stratégies organisationnelles

C'est l'avantage fondamental de cette approche. Quand on connaît les compétences qui mèneront au succès de l'organisation, on dispose d'un outil puissant !

⇨ **Une base structurée de discussion**

- Fournir un cadre de discussion et de réflexion structuré pour déterminer les besoins présents et futurs de l'organisation

Des définitions communes permettent d'échanger plus concrètement, de comparer, de se situer, tout en s'assurant qu'on parle de la même chose.

- Gérer les programmes de ressources humaines de façon intégrée

Assurer une cohérence et une continuité entre la sélection, l'appréciation du rendement, la formation, par exemple.

⇨ **Le point de départ de l'implantation d'une politique de développement des personnels**

- Enfin, servir de point de départ pour l'implantation d'une politique de développement des compétences à l'intention du personnel

Il s'agit en fait d'un pré-requis à l'implantation d'une telle politique. Pour implanter la politique, il faut au moins avoir défini une série de compétences-clés génériques liées au succès dans l'organisation. On ne peut parler de développement sans… compétences de départ !

1.6 Une démarche type

⇨ **Des étapes**

- Identification des profils de compétences pour chaque types de personnels

À partir du travail des comités qui ont travaillé sur chacune des cinq clientèles, à partir de leur lecture des besoins de la clientèle, de l'organisation des services et du travail, il est nécessaire d'établir un profil pour chaque type de personnels présents en CHSLD.

- Positionnement de chaque employé par rapport au profil recherché

Des grilles permettent de situer le niveau actuel de maîtrise de chacune des compétences pour chaque employé, en regard du profil recherché.

- Identification des priorités de développement et mise en place des plan de développement

À l'aide du positionnement de chaque employé dans un type de personnel donné, il est possible de déterminer les compétences où les écarts sont les plus grands entre la situation actuelle et la situation désirée et prévoir un plan de développement personnalisé

Le regroupement des CHSLD-CLSC de la Montérégie et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

La gestion du changement dans le cadre de l'adaptation des services et des milieux aux clientèles en CHSLD

Un cadre de référence

Février 2001

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

Le processus envisagé pour aider à la transformation des services et de l'organisation du travail pour répondre aux besoins des nouvelles clientèles en CHSLD doit trouver un écho, tant au niveau local qu'au niveau régional.

- Au niveau local, les gestionnaires ont besoin d'être familiarisés avec les concepts, le processus, les outils de la gestion du changement;
- Au niveau régional, les promoteurs ont eux-mêmes à appliquer ces concepts et les stratégies qui en découlent;
- La journée inscrite dans le cadre du Forum en mars devant porter sur la gestion du changement n'est qu'une des étapes d'une stratégie à plus long terme;
- En une journée, un minimum de sensibilisation à la gestion du changement est réalisée, accompagnée d'une boite à outils présentée aux gestionnaires.

LA SENSIBILISATION ET LA BOITE À OUTILS

Cette mini-formation et la boite à outils portent sur:

- Les concepts sur la gestion du changement;
- Les étapes du changement planifié
- Certains outils mis à la disposition des gestionnaires.

Ces concepts et les outils qui en découlent sont largement inspirés et, dans certains cas, tirés du cadre de référence et des fascicules conçus par Formation et perfectionnement Canada, en juin 1994, et inspiré par l'ouvrage de Pierre Collerette et Robert Schneider intitulé «Le pilotage du changement : une approche stratégique et pratique» paru en 1996 aux Presses de l'Université du Québec.

1. L'ANALYSE PRÉLIMINAIRE

- ⇨ Quelle situation veut-on changer ?
- ⇨ En quoi est-ce propice d'agir sur cette cible maintenant?
- ⇨ Vulnérabilité face à la situation
- ⇨ Les contraintes dans l'établissement
- ⇨ Les opportunités qui y existent
- ⇨ Cette vision des choses est-elle partagée par les acteurs qui seront affectés par le changement :
  - Le personnel d'encadrement
  - Le personnel
  - Les partenaires
  - Les clients

Instruments

1. L'ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Tableaux:

1.1 - Indicateurs pour déterminer la vulnérabilité de la situation
1.2 - Indicateurs pour déterminer le contexte (contraintes et opportunités)
1.3 - Analyse du potentiel d'une situation
1.4 - Grille pour prédire la pertinence d'agir à ce moment-ci
1.5 - Description de la situation actuelle
1.6 - Description de la situation désirée

1. L'ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Tableau 1.1 - Indicateurs pour déterminer la vulnérabilité «V» de la situation

Encerclez la lettre associée à l'énoncé qui décrit le mieux votre situation

V1	L'adaptation des services que vous souhaitez effectuer posera-t-elle des problèmes à la clientèle concernée dans un avenir prévisible? a) beaucoup b) un certain nombre c) peu ou pas
V2	L'adaptation des services que vous souhaitez effectuer posera-t-elle des problèmes de fonctionnement au personnel concerné dans un avenir prévisible? a) beaucoup b) un certain nombre c) peu ou pas
V3	L'adaptation des services que vous souhaitez effectuer posera-t-elle des problèmes à vos représentants des usagers dans un avenir prévisible? a) beaucoup b) un certain nombre c) peu ou pas
V4	L'adaptation des services que vous souhaitez effectuer posera-t-elle des problèmes aux membres du conseil d'administration dans un avenir prévisible? a) beaucoup b) un certain nombre c) peu ou pas
V5	Qu'arriverait-il dans les 12 prochains mois, si le changement n'était pas introduit dès maintenant? a) la situation existante pourrait se dégrader passablement b) la situation existante pourrait se dégrader un peu c) la situation existante resterait inchangée
⇨	Indiquez le nombre: de a) _____ de b) _____ de c) _____ et reportez le résultat dans le tableau 1.3.

1. L'ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Tableau 1.2 - Indicateurs pour déterminer le contexte (contraintes «C» et opportunités «P»)

Encerclez la lettre associée à l'énoncé qui décrit le mieux votre situation

C1	Votre établissement est-il aux prises avec la résolution d'un autre problème ou d'une situation qui accapare l'énergie du personnel? a) non, il n'y en a pas d'autre b) oui, mais cela demande une énergie limitée c) oui, et cela demande beaucoup d'énergie
C2	Le temps et les énergies qui seraient consacrés à ce dossier pourraient-ils compromettre l'évolution d'autres dossiers classés prioritaires? a) non, cela ne pourrait pas affecter l'évolution d'autres dossiers prioritaires b) oui, cela pourrait affecter un peu l'évolution d'autres dossiers prioritaires c) oui, cela pourrait affecter significativement l'évolution d'autres dossiers prioritaires
C3	Disposez-vous du temps requis pour assurer la gestion et le suivi de ce dossier? a) beaucoup de temps b) juste assez de temps c) peu ou pas assez de temps
P1	L'adaptation des services que vous souhaitez effectuer coïncide-t-elle avec les orientations générales de l'établissement? a) oui, beaucoup b) oui, un peu c) relativement peu ou pas
P2	La conjoncture financière de votre établissement favorise-t-elle l'introduction d'un tel changement? a) oui, beaucoup b) oui, un peu c) relativement peu ou pas
P3	Existe-t-il, à votre connaissance, des solutions ou des alternatives plus efficaces à la situation existante? a) il existe de toute évidence des solutions ou alternatives plus efficaces b) il semble exister des solutions ou alternatives plus efficaces c) des solutions ou alternatives plus efficaces ne sont pas évidentes
⇨	Indiquez le nombre: de **a)** _____ de **b)** _____ de **c)** _____ et reportez le résultat dans le tableau 1.3.

Tableau 1.3 - Analyse du potentiel d'une situation

Reportez dans les cases le nombre de a), de b) et de c) encerclés dans les tableaux 1.1 et 1.2

Dimensions	Scores obtenus aux indicateurs		
	a)	b)	c)
Vulnérabilité de la situation (résultats du tableau 1.1)	Vulnérabilité élevée	Vulnérabilité modérée	Vulnérabilité faible
Contexte (contraintes et opportunités) (résultats du tableau 1.2)	Contexte favorable	Contexte incertain	Contexte défavorable
Potentiel de la situation (faites le total des cases supérieures)	Potentiel de changement élevé	Potentiel de changement moyen	Potentiel de changement faible

Tableau 1.4 - Grille pour prédire la pertinence d'agir à ce moment-ci

Contexte	Vulnérabilité		
	Élevée	**Modérée**	**Faible**
Favorable	Il est nécessaire et pertinent d'agir maintenant	L'objet de changement pourrait se faire déclasser si d'autres priorités apparaissent	L'effort de changement risque de s'essouffler rapidement
Incertain	Il est nécessaire d'agir maintenant, mais on devrait aussi travailler à améliorer le contexte	Il est possible d'agir, mais soyez prudent, car le risque de banalisation est élevé	À cause des limites de la situation, la probabilité de succès est faible à ce moment-ci
Défavorable	Bien qu'il semble nécessaire d'agir, le contexte constituera un frein important	À cause des limites de la situation, la probabilité de succès est faible à ce moment-ci	Dans le contexte actuel, vous prenez un risque élevé en agissant maintenant

1. L'ANALYSE PRÉLIMINAIRE

Tableau 1.5 - Description de la situation actuelle

Explicitez ce qui doit être amélioré, modifié ou corrigé dans la situation actuelle

De façon générale, y a-t-il convergence ou divergence entre votre perception de cette situation et celle de:

	Plutôt convergence	Plutôt divergence
Votre personnel d'encadrement		
Votre personnel		
Votre clientèle		
Votre conseil d'administration		

Tableau 1.6 - Description de la situation désirée

Décrivez à quoi ressemblerait la situation, si le changement était implanté avec succès

2. L'ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ORGANISATION

⇨ Qu'est-ce qui caractérise la relation de l'établissement avec son environnement externe en rapport avec le changement envisagé ?

⇨ Les facteurs les plus influents :

- Syndicats
- Représentants des clientèles
- Partenaires du réseau

⇨ Quels impacts probables auront-ils sur le changement ?

⇨ Quelles sont les forces positives, les négatives ?

⇨ Dans quel état les ressources de l'établissement sont-elles ?

⇨ Quelle est la capacité de réponse actuelle de l'établissement au changement souhaité ?

⇨ Quelle stratégie peut-on choisir :

- pour tabler sur les forces positives,
- pour éloigner les forces négatives.

Instruments

2. L'ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ORGANISATION

Tableaux:

2.1 - Facteurs significatifs de l'environnement externe et leurs effets sur l'établissement
2.2 - Indices pour repérer le stade de changement dans l'établissement

2. L'ANALYSE STRATÉGIQUE DE L'ORGANISATION

Tableau 2.1 - Facteurs significatifs de l'environnement externe et leurs effets sur l'établissement

Dans la liste des facteurs qui suivent, choisissez ceux qui sont significatifs pour votre établissement. Ne retenez que ceux qui, selon vous, exercent une influence sur le changement souhaité.

Significatif?		Facteurs	Description des effets sur l'établissement
		Niveau immédiat	
oui	non	Clientèles	
		Marché de la main-d'œuvre	
		Fournisseurs	
		Autres établissements	
		Syndicats	
		Financement	
		Niveau intermédiaire	
oui	non	Ministère et Régie régionale	
		Ass. provinciales ou régionales	
		Médias / groupes de pression	
		Lois et règlements	
		Courants politiques et sociaux	
		Niveau macro	
oui	non	Évolution technologique	
		Tendances dans l'intervention	
		Valeurs sociales	
		Économie	
		Évolution démographique	

Tableau 2.2 - Indices pour repérer le stade de changement dans l'établissement

Il suffit de cocher les énoncés qui décrivent le mieux la situation prévalant actuellement dans l'établissement, et de repérer ensuite le stade où on trouve le plus de crochets

Indices liés à la décristallisation	
	Les membres de l'établissement se montrent inquiets
	ils posent beaucoup de questions
	ils expriment du scepticisme
	ils cherchent à négocier des arrangements
	ils ont des réunions secrètes plus fréquemment
	ils se font, plus souvent qu'à l'habitude, l'écho de rumeurs
Indices liés à la transition	
	les gens se plaignent d'être plus fatigués qu'à l'habitude
	ils se montrent irritables
	ils sont nostalgiques du passé
	ils soumettent aux gestionnaires plus de problèmes qu'à l'habitude
	ils se plaignent d'une baisse d'efficacité
	l'absentéisme est plus élevé que d'habitude
Indices liés à la recristallisation	
	on cherche des façons d'atténuer les irritants du nouveau modèle
	on cherche des façons d'en corriger certains effets secondaires
	on cherche des moyens d'harmoniser le nouveau modèle avec les autres aspects du fonctionnement
	on compare de moins en moins avec le passé
	après avoir connu une baisse, la productivité s'accroît
	les gens ont besoin de moins de supervision

3. LA DISPOSITION AU CHANGEMENT

- ⇨ Les acteurs sont-ils réceptifs ?
- ⇨ Trois déclencheurs influencent la réaction au changement :
  - L'attrait pour des satisfactions plus élevées dans la nouvelle situation
  - L'inconfort ressenti dans la situation existante
  - La pression des leaders dans l'établissement
- ⇨ Y a-t-il suffisamment de déclencheurs pour favoriser le changement ?
- ⇨ Quel est le niveau probable de résistance au changement ?
- ⇨ Quels leviers favorisent le changement ?
- ⇨ Quels obstacles empêchent le changement ?
- ⇨ Sur quels éléments faut-il agir ?
- ⇨ La résistance au changement est normale :
  - Il faut l'atténuer
  - Quelles actions sont possibles ?

Instruments

3. LA DISPOSITION AU CHANGEMENT

Tableaux:

3.1 - Analyse des résistances potentielles

- 3.1.1 - Modalités de mise en œuvre
- 3.1.2 - Perception des besoins et réactions de la clientèle
- 3.1.3 - Facteurs idéologiques
- 3.1.4 - Facteurs psychosociaux
- 3.1.5 - Facteurs motivationnels
- 3.1.6 - Facteurs de personnalité
- 3.1.7 - Facteurs cognitifs
- 3.1.8 - Indice général de résistance au changement
- 3.1.9 - Moyens retenus pour agir sur les résistances ou pour les prévenir

3.2 - État des déclencheurs dans l'établissement

3. LA DISPOSITON AU CHANGEMENT

3.1 - Analyse des résistances potentielles

Tableau 3.1.1 - Modalités de mise en oeuvre

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Votre attitude montre-t-elle que vous avez de l'estime pour les personnes interpellées par le changement				
Les moyens que vous songez à utiliser pour promouvoir le changement sont-ils compatibles avec la culture des personnes interpellées (documents, style, mécanismes, etc.)?				
Les moyens pour implanter le changement sont-ils adéquats?				
Le temps accordé aux personnes interpellées pour intégrer le changement est-il suffisant?				
Votre crédibilité ou celle des personnes interpellées par le changement est-elle grande?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	**__ X 4= __**	**__ X 3 = __**	**__ X 2 = __**	**__ X 1 = __**
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.1 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.1 à la ligne 3.1.1 du tableau 3.1.8				

Tableau 3.1.2 - Perception des besoins et réactions de la clientèle

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Le changement proposé concorde-t-il avec la perception que les personnes interpellées par le changement se font des besoins et des réactions de la clientèle?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	**__ X 4= __**	**__ X 3 = __**	**__ X 2 = __**	**__ X 1 = __**
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.2 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.2 à la ligne 3.1.2 du tableau 3.1.8				

3. LA DISPOSITION AU CHANGEMENT

Tableau 3.1.3 - Facteurs idéologiques

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les valeurs et les croyances sur lesquelles repose le changement proposé s'harmonisent-elles avec celles de la plupart des membres de l'établissement?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	__ X 4= __	__ X 3 = __	__ X 2 = __	__ X 1 = __
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.3 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.3 à la ligne 3.1.3 du tableau 3.1.8				

Tableau 3.1.4 - Facteurs psychosociaux

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les nouvelles façons de faire viendraient-elles modifier les normes sociales (la culture) existant dans l'établissement?				
Les nouvelles façons de faire viendraient-elles ébranler l'équilibre existant entre les sous-groupes ou entre les individus?				
Les intérêts ou les privilèges d'individus ou de groupes particuliers sont-ils compromis par le changement projeté?				
Le prestige et/ou le statut de certains membres de l'établissement seront-ils diminués par ce changement?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	__ X 1= __	__ X 2 = __	__ X 3 = __	__ X 4 = __
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.4 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.4 à la ligne 3.1.4 du tableau 3.1.8				

3. LA DISPOSITON AU CHANGEMENT

3.1 - Analyse des résistances potentielles

Tableau 3.1.1 - Modalités de mise en oeuvre

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Votre attitude montre-t-elle que vous avez de l'estime pour les personnes interpellées par le changement				
Les moyens que vous songez à utiliser pour promouvoir le changement sont-ils compatibles avec la culture des personnes interpellées (documents, style, mécanismes, etc.)?				
Les moyens pour implanter le changement sont-ils adéquats?				
Le temps accordé aux personnes interpellées pour intégrer le changement est-il suffisant?				
Votre crédibilité ou celle des personnes interpellées par le changement est-elle grande?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	**__ X 4 = ___**	**__ X 3 = ___**	**__ X 2 = ___**	**__ X 1 = ___**
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.1 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.1 à la ligne 3.1.1 du tableau 3.1.8				

Tableau 3.1.2 - Perception des besoins et réactions de la clientèle

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Le changement proposé concorde-t-il avec la perception que les personnes interpellées par le changement se font des besoins et des réactions de la clientèle?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	**__ X 4 = ___**	**__ X 3 = ___**	**__ X 2 = ___**	**__ X 1 = ___**
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.2 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.2 à la ligne 3.1.2 du tableau 3.1.8				

3. LA DISPOSITION AU CHANGEMENT

Tableau 3.1.3 - Facteurs idéologiques

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les valeurs et les croyances sur lesquelles repose le changement proposé s'harmonisent-elles avec celles de la plupart des membres de l'établissement?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	__ X 4 = __	__ X 3 = __	__ X 2 = __	__ X 1 = __
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.3 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.3 à la ligne 3.1.3 du tableau 3.1.8				

Tableau 3.1.4 - Facteurs psychosociaux

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les nouvelles façons de faire viendraient-elles modifier les normes sociales (la culture) existant dans l'établissement?				
Les nouvelles façons de faire viendraient-elles ébranler l'équilibre existant entre les sous-groupes ou entre les individus?				
Les intérêts ou les privilèges d'individus ou de groupes particuliers sont-ils compromis par le changement projeté?				
Le prestige et/ou le statut de certains membres de l'établissement seront-ils diminués par ce changement?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	__ X 1 = __	__ X 2 = __	__ X 3 = __	__ X 4 = __
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.4 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.4 à la ligne 3.1.4 du tableau 3.1.8				

3. LA DISPOSITON AU CHANGEMENT

Tableau 3.1.5 - Facteurs motivationnels

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les personnes interpellées par le changement vivent-elles des problèmes ou des insatisfactions dans la situation actuelle?				
Les personnes interpellées peuvent-elles espérer obtenir des gratifications plus importantes grâce au changement projeté?				
Les leaders d'opinion appuient-ils activement le changement projeté?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	**__ X 4 = __**	**__ X 3 = __**	**__ X 2 = __**	**__ X 1 = __**
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.5 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.5 à la ligne 3.1.5 du tableau 3.1.8				

Tableau 3.1.6 - Facteurs de personnalité

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les personnes interpellées par le changement ont-elles acquis des habitudes, des automatismes dans le fonctionnement actuel?				
Le projet de changement comporte-t-il des inconnues pour les personnes interpellées?				
Les personnes interpellées par le changement maîtrisent-elles les compétences ou habiletés que vous cherchez à modifier?				
Le changement modifierait-il des pratiques qui présentement valorisent les personnes interpellées?				
Les pratiques ou les méthodes que vous voulez modifier ont-elles été instaurées par les personnes qui devront vivre le changement?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	**__ X 1 = __**	**__ X 2 = __**	**__ X 3 = __**	**__ X 4 = __**
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.6 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.6 à la ligne 3.1.6 du tableau 3.1.8				

3. LA DISPOSITON AU CHANGEMENT

Tableau 3.1.7 - Facteurs cognitifs

Facteurs **Placez un ✓ vis-à-vis de votre choix**	**Peu**	**Un peu**	**Plutôt**	**Beaucoup**
Les membres de l'établissement ont-ils un mode de fonctionnement (structure cognitive) compatible avec le changement proposé?				
Dans chaque colonne, additionnez le nombre de ✓ et multipliez par le nombre indiqué.	__ X 4 = __	__ X 3 = __	__ X 2 = __	__ X 1 = __
Additionnez les sommes obtenues dans chaque case pour faire le total de cette section.	**Somme 3.1.7 = _____**			
⇨ Inscrivez la somme 3.1.7 à la ligne 3.1.7 du tableau 3.1.8				

Tableau 3.1.8 - Indice général de résistance au changement

Inscrivez les scores que vous avez obtenus aux pages précédentes	**Sommes reportées**		**RÉSULTATS**
3.1.1 Modalités de mise en œuvre		÷ 4 =	
3.1.2 Perception des besoins et réactions de la clientèle		÷ 4 =	
3.1.3 Facteurs idéologiques		÷ 4 =	
3.1.4 Facteurs psychosociaux		÷ 4 =	
3.1.5 Facteurs motivationnels		÷ 4 =	
3.1.6 Facteurs de personnalité		÷ 4 =	
3.1.7 Facteurs cognitifs		÷ 4 =	
Total des sommes:		**÷ 28 =**	

Interprétation des RÉSULTATS:

de	1,0	à	1,5	⇨	résistances faibles à nulles
de	1,6	à	2,5	⇨	résistances modérées
de	2,6	à	3,5	⇨	résistances marquées
de	3,6	à	4,0	⇨	résistances élevées

3. LA DISPOSITON AU CHANGEMENT

Tableau 3.1.9 - Moyens retenus pour agir sur les résistances ou pour les prévenir

Inscrivez les moyens que vous avez retenus pour contrer les résistances que vous prévoyez

Au niveau des...	Moyens retenus
Modalités de mise en œuvre	
Perceptions des besoins et réactions de la clientèle	
Facteurs idéologiques	
Facteurs psychosociaux	
Facteurs motivationnels	
Facteurs de personnalité	
Facteurs cognitifs	

3. LA DISPOSITION AU CHANGEMENT

Tableau 3.2 - État des déclencheurs dans l'établissement

La situation qui prévaut dans votre établissement fait-elle vivre un état d'inconfort [1] significatif au personnel? Ou encore, le personnel prévoit-il que la situation actuelle pourrait se dégrader et devenir désagréable à vivre?									
Très peu									Beaucoup
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les effets escomptés de ce changement permettent-ils au personnel concerné d'espérer que ses sources de satisfaction au travail s'accroîtront significativement?									
Très peu									Beaucoup
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les personnes qui, dans votre établissement, ont de la crédibilité aux yeux des personnes interpellées par le changement sont-elles explicitement favorables aux changements proposés?									
Très peu									Beaucoup
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total:					**/ 30**				

Deux choix:

☐	Il y a assez de déclencheurs	⇨	on poursuit la préparation du changement
☐	Il manque de déclencheurs	⇨	on cherche à en faire apparaître

Trois grands types de déclencheurs de changement:

- L'attrait de satisfactions ou de gratifications plus élevées
- L'inconfort ressenti dans la situation existante par les personnes visées ou l'inconfort appréhendé dans un avenir prévisible
- La pression des leaders du milieu

Quelques moyens pour activer les déclencheurs:

- Les menaces extérieures
- Les incidents critiques
- Développer une sensibilité à l'environnement
  - Fournir des données factuelles sur la clientèle et les partenaires
  - Diffuser les résultats d'enquêtes de satisfaction
  - Favoriser des contacts directs avec les utilisateurs des services
  - Aller voir ailleurs
  - Prévoir des activités d'éveil au plan intellectuel (conférences, séances de formation, stages)

---

[1] À titre d'exemple, on peut penser à des insatisfactions exprimées par la clientèle, à des problèmes de fonctionnement qui irritent les gens, à des méthodes de travail dont on se plaint, à des craintes liées à l'avenir professionnel, etc.

4. LA PRÉPARATION DU CHANGEMENT

⇨ Quels sont les acteurs et les groupes stratégiques dans l'établissement ?

⇨ Auprès de qui faut-il agir pour que le changement se produise ?

- Leaders d'opinion
- Le soutien d'un grand nombre d'employés

⇨ Choix d'une approche de gestion :

- Habilitation
- Suggestion
- Incitation
- Négociation
- Consultation
- Pression
- Imposition

⇨ Plan d'action

Instruments

4. LA PRÉPARATION DU CHANGEMENT

Tableaux:

4.1 - Carte des acteurs dans le scénario de changement
4.2 - Inventaire des actions nécessaires pour atteindre les objectifs
4.3 - Estimé sommaire des coûts et des gains escomptés
4.4 - Modèle type pour un plan d'action
4.5 - Mécanismes de coordination, supervision, monitorage et contrôle

4. LA PRÉPARATION DU CHANGEMENT

Tableau 4.1 - Carte des acteurs dans le scénario de changement

Inscrivez dans les cases appropriées les noms des acteurs qui devront être impliqués dans le scénario de changement pour maximiser les chances de réussite

Gestionnaires et agents de changement [1]	Agents multiplicateurs [2]	Personnes qui devront modifier leurs pratiques [3]

[1] Les gestionnaires qui auront à implanter et monitorer le changement.
[2] Les professionnels qui exerceront un leadership positif pour faciliter le changement.
[3] Les employés qui auront à changer leurs pratiques.

4. LA PRÉPARATION DU CHANGEMENT

Tableau 4.2 - Inventaire des actions nécessaires pour atteindre les objectifs

Inscrivez les grands objectifs qu'il faut atteindre pour que le changement soit matérialisé.
Pour chacun, précisez les moyens à utiliser

Objectifs	Moyens ou actions nécessaires pour la mise en œuvre

4. LA PRÉPARATION DU CHANGEMENT

Tableau 4.3 - Estimé sommaire des coûts et des gains escomptés

	Année 1	Année 2	Année 3	Total
Gains escomptés [1]				
Gains financiers directs				
Gains financiers indirects				
Total				
Gains qualitatifs				
Coûts prévus [2]				
Ressources matérielles				
Ressources humaines				
Structures				
Administration				
Pertes de productivité				
Communication				
Services externes				
Total				
Coûts qualitatifs				

[1] Les bénéfices doivent être entendus au sens large. En conséquence, ils peuvent être quantitatifs comme qualitatifs.
[2] Les coûts également peuvent être de toutes natures.

Tableau 4.4 - Modèle type pour un plan d'action

Séquence des actions	Échéancier	Objectifs ou cibles de changement	Acteurs

Tableau 4.5 - Mécanismes de coordination, supervision, monitorage et contrôle

Cible de changement	Moyens pour assurer la coordination pour chaque cible	Moyens pour inciter les gestionnaires à fournir le suivi requis	Moyens pour faire le monitorage de la progression du changement

5. LA GESTION DU CHANGEMENT

⇨ Quels phénomènes risquent-ils de se produire pendant la période de transition ?

- Réactions des personnels de l'établissement
- Difficultés liées au contenu du changement
- Réactions de l'entourage (clients, familles, bénévoles, partenaires)

⇨ Quelles approches devons-prendre pour gérer adéquatement cette période ?

- Collecte régulière des réactions, pour envisager des solutions aux difficultés
- Évaluations périodiques, pour partager les faits des perceptions
- Corrections des dysfonctions
- Rapports d'étape réguliers
- Adaptation du rythme
- Présence, attention et soutien

⇨ Évaluation des résultats

Instruments

5. LA GESTION DU CHANGEMENT

Tableaux:

5.1 - Indicateurs de l'évaluation et sa stratégie de gestion
5.2 - Conclusions typiques d'une évaluation
5.3 - Stratégies possibles pour différents résultats de l'évaluation
5.4 - Sommaire des actions à prendre pour assurer le suivi de l'évaluation

5. LA GESTION DU CHANGEMENT

Tableau 5.1 - Indicateurs de l'évaluation et sa stratégie de gestion

1. La situation désirée	
2. La stratégie de gestion de l'évaluation	
3. Indicateurs relatifs aux résultats obtenus	
4. Indicateurs relatifs aux coûts associés à la mise en œuvre du changement	
5. Indicateurs relatifs à la position stratégique de l'établissement	
6. Les effets secondaires... • liés aux clientèles • liés aux autres systèmes • liés aux partenaires • liés au personnel	

5. LA GESTION DU CHANGEMENT

Tableau 5.2 - Conclusions typiques d'une évaluation

Parmi les trois groupes de conclusions qui suivent, choisissez celui qui correspond le mieux aux résultats de votre évaluation. Allez ensuite au tableau 5.3 pour prendre connaissance de la stratégie suggérée

GROUPE 1	L'opération a parfaitement réussi; les résultats recherchés ont été atteints, et les services de l'établissement se sont améliorés	Le changement a-t-il produit des effets secondaires?	___ Oui ___ Non
		Le changement a-t-il nécessité des investissements conformes au niveau prévu?	___ Oui ___ Non
GROUPE 2	L'opération a partiellement réussi. Les objectifs ont été atteints en majorité.	Le changement a-t-il produit des effets secondaires?	___ Oui ___ Non
		Le changement a-t-il nécessité des investissements conformes au niveau prévu?	___ Oui ___ Non
GROUPE 3	L'opération n'a pas réussi. La majorité des objectifs poursuivis n'ont pas été atteints.	Le changement a-t-il produit des effets secondaires?	___ Oui ___ Non
		L'opération a-t-elle entraîné des coûts conformes au devis initial?	___ Oui ___ Non

Tableau 5.3 - Stratégies possibles pour différents résultats de l'évaluation

Vis-à-vis des résultats d'évaluation correspondant à votre situation, consultez la stratégie qui est suggérée

Résultats de l'évaluation	Stratégie suggérée
GROUPE 1 **Les résultats de l'évaluation sont positifs. Les résultats du changement ont été atteints.**	Profiter de la situation pour mettre en valeur les facteurs qui ont contribué à sa réussite. Reconnaître explicitement la contribution de ceux et celles qui ont participé à l'opération. Donner de la visibilité à l'événement à l'interne et à l'externe.
Si certains effets secondaires sont apparus...	Rechercher des solutions susceptibles d'atténuer l'impact de ces effets secondaires.
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	Si le projet a été géré de façon rigoureuse, il est vraisemblable que la planification de départ ait été trop optimiste. Dans ces circonstances, il existe peu de corrections possibles si ce n'est d'identifier les facteurs qui ont joué et d'éviter qu'ils ne se reproduisent.
GROUPE 2 **Les résultats de l'évaluation sont partagés. La majorité des objectifs ont été atteints.**	Si le projet a des incidences majeures sur la position de l'organisation, engager immédiatement une seconde opération conçue cette fois spécifiquement en fonction des cibles qui n'ont pas été atteintes. Si le projet n'a pas d'incidence majeure sur la position stratégique de l'organisation, examiner l'écart qui est en cause et les facteurs qui ont contribué à cette situation; se demander s'il est pertinent de poursuivre. Le cas échéant, considérer la possibilité d'entreprendre une autre démarche pour traiter les dimensions qui n'ont pas été atteintes.
Si des effets secondaires sont apparus...	Examiner les facteurs qui ont joué; envisager immédiatement des actions susceptibles sinon d'éliminer, du moins d'atténuer et de contrôler l'évolution de ces effets secondaires.
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	Identifier les carences de la planification et explorer la possibilité de récupérer les coûts excédentaires.
GROUPE 3 **Les résultats de l'évaluation sont plutôt négatifs. L'opération n'a pas réussi.**	Si le projet a des incidences majeures sur la position stratégique de l'organisation, engager immédiatement une opération qui relance le projet de changement sur d'autres bases (nouvelle définition du problème, nouvelle stratégie, nouveau plan d'action, etc.). Si le projet n'a pas d'incidence majeure sur la position stratégique de l'organisation, constater l'échec, identifier les facteurs qui ont contribué à cette situation, explorer la possibilité de relancer l'opération sur une autre base. À défaut, cesser d'investir sur ce changement.
Si des effets secondaires sont apparus...	Engager de façon urgente et prioritaire une série d'actions afin de contrôler l'évolution des effets secondaires.
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	Engager de façon urgente et prioritaire une série de mesures afin de réduire les impacts négatifs de cet investissement sur l'organisation.

5. LA GESTION DU CHANGEMENT

Tableau 5.2 - Conclusions typiques d'une évaluation

Parmi les trois groupes de conclusions qui suivent, choisissez celui qui correspond le mieux aux résultats de votre évaluation. Allez ensuite au tableau 5.3 pour prendre connaissance de la stratégie suggérée

GROUPE 1	L'opération a parfaitement réussi; les résultats recherchés ont été atteints, et les services de l'établissement se sont améliorés	Le changement a-t-il produit des effets secondaires?	___ Oui ___ Non
		Le changement a-t-il nécessité des investissements conformes au niveau prévu?	___ Oui ___ Non
GROUPE 2	L'opération a partiellement réussi. Les objectifs ont été atteints en majorité.	Le changement a-t-il produit des effets secondaires?	___ Oui ___ Non
		Le changement a-t-il nécessité des investissements conformes au niveau prévu?	___ Oui ___ Non
GROUPE 3	L'opération n'a pas réussi. La majorité des objectifs poursuivis n'ont pas été atteints.	Le changement a-t-il produit des effets secondaires?	___ Oui ___ Non
		L'opération a-t-elle entraîné des coûts conformes au devis initial?	___ Oui ___ Non

Tableau 5.3 - Stratégies possibles pour différents résultats de l'évaluation

Vis-à-vis des résultats d'évaluation correspondant à votre situation, consultez la stratégie qui est suggérée

Résultats de l'évaluation	Stratégie suggérée
GROUPE 1 **Les résultats de l'évaluation sont positifs. Les résultats du changement ont été atteints.**	Profiter de la situation pour mettre en valeur les facteurs qui ont contribué à sa réussite. Reconnaître explicitement la contribution de ceux et celles qui ont participé à l'opération. Donner de la visibilité à l'événement à l'interne et à l'externe.
Si certains effets secondaires sont apparus...	Rechercher des solutions susceptibles d'atténuer l'impact de ces effets secondaires.
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	Si le projet a été géré de façon rigoureuse, il est vraisemblable que la planification de départ ait été trop optimiste. Dans ces circonstances, il existe peu de corrections possibles si ce n'est d'identifier les facteurs qui ont joué et d'éviter qu'ils ne se reproduisent.
GROUPE 2 **Les résultats de l'évaluation sont partagés. La majorité des objectifs ont été atteints.**	Si le projet a des incidences majeures sur la position de l'organisation, engager immédiatement une seconde opération conçue cette fois spécifiquement en fonction des cibles qui n'ont pas été atteintes. Si le projet n'a pas d'incidence majeure sur la position stratégique de l'organisation, examiner l'écart qui est en cause et les facteurs qui ont contribué à cette situation; se demander s'il est pertinent de poursuivre. Le cas échéant, considérer la possibilité d'entreprendre une autre démarche pour traiter les dimensions qui n'ont pas été atteintes.
Si des effets secondaires sont apparus...	Examiner les facteurs qui ont joué; envisager immédiatement des actions susceptibles sinon d'éliminer, du moins d'atténuer et de contrôler l'évolution de ces effets secondaires.
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	Identifier les carences de la planification et explorer la possibilité de récupérer les coûts excédentaires.
GROUPE 3 **Les résultats de l'évaluation sont plutôt négatifs. L'opération n'a pas réussi.**	Si le projet a des incidences majeures sur la position stratégique de l'organisation, engager immédiatement une opération qui relance le projet de changement sur d'autres bases (nouvelle définition du problème, nouvelle stratégie, nouveau plan d'action, etc.). Si le projet n'a pas d'incidence majeure sur la position stratégique de l'organisation, constater l'échec, identifier les facteurs qui ont contribué à cette situation, explorer la possibilité de relancer l'opération sur une autre base. À défaut, cesser d'investir sur ce changement.
Si des effets secondaires sont apparus...	Engager de façon urgente et prioritaire une série d'actions afin de contrôler l'évolution des effets secondaires.
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	Engager de façon urgente et prioritaire une série de mesures afin de réduire les impacts négatifs de cet investissement sur l'organisation.

5. LA GESTION DU CHANGEMENT

Tableau 5.4 - Sommaire des actions à prendre pour assurer le suivi de l'évaluation

Vis-à-vis des résultats d'évaluation correspondant à votre situation,
indiquez la stratégie que vous retenez pour assurer le suivi de l'évaluation

Résultats de l'évaluation	Stratégie retenue
Les résultats de l'évaluation sont: • positifs? • partagés? • négatifs?	
Si certains effets secondaires sont apparus...	
Si les coûts réels ont dépassé le niveau prévu...	